Acesta este actul compus (forma care include modificarile pe text) creat la data de 27 august 2015

M.Of.Nr.220 din 1 aprilie 2015
M.Of.Nr.220 BIS din 1 aprilie 2015

MINISTERUL SANATATII **CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE**

Nr. 388 din 31 martie 2015 Nr. 186 din 30 martie 2015

ORDIN
privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015

Avand in vedere Referatul de aprobare nr. N.B. 3.194 din 31 martie 2015 al Ministerului Sanatatii si nr. D.G. 558 din 30 martie 2015 al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,

in temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (4) si ale art. 281 alin. (2) din titlul VIII „Asigurari sociale de sanatate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Hotararii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- Hotararii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare,

ministrul sanatatii si presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emit urmatorul ordin:

Art. 1. - Se aproba Normele metodologice de aplicare in anul 2015 a Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, prevazute in anexele nr. 1-48***)**, care fac parte integranta din prezentul ordin.

***) Anexele nr. 1-48 se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 220 bis, care se poate achizitiona de la Centrul pentru relatii cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial", Bucuresti, sos. Panduri nr. 1.**

Art. 2. - Prevederile prezentului ordin intra in vigoare la data de 1 aprilie 2015, data de la care se abroga Ordinul ministrului sanatatii

si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 619/360/2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2014 a Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 403 si 403 bis din 30 mai 2014, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si orice alte dispozitii contrare.

Art. 3. - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

p. Ministrul sanatatii, Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,
Alin Iulian Tucmeanu, **Vasile Ciurchea**
secretar de stat

ANEXA Nr. 1

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL SI DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala

1.2. supraveghere si depistare de boli cu potential endemo-epidemic

1.3. consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lehuziei

1.4. consultatiile de planificare familiala

1.5. servicii de preventie

1.6. activitati de suport

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care medicul de familie acorda primul ajutor si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, indiferent daca persoana neasigurata se afla sau nu inscrisa pe lista unui medic de familie.

NOTA 1: Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se acorda in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenta medico-chirurgicala care se trimit catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de familie in documentele de evidenta primara de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei si depistare de boli cu potential endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz. Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzand urgentele medico-chirurgicale precum si bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asiguratii beneficiaza de indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca fara conditii de stagiu de cotizare.

1.2.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo- epidemic suspicionata si confirmata.

1.3. Consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lehuziei:

a) luarea in evidenta in primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a.

In situatia in care luarea in evidenta a gravidei are loc in luna a 3-a, pentru aceasta luna se va raporta casei de asigurari de sanatate numai luarea in evidenta a gravidei, nu si supravegherea;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;

d) urmarirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmarirea lehuzei la 4 saptamani de la nastere;

1.3.1. In cadrul supravegherii gravidei se face si promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, precum si consiliere pre si post testare HIV si lues a femeii gravide.

NOTA: In conformitate cu programul de monitorizare, investigatiile paraclinice si tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de catre medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul in care gravida este luata in evidenta de catre acesta si pana la 4 saptamani de la nastere.

1.4. Consultatiile pentru acordarea serviciilor de planificare familiala constau in:

a) consilierea persoanei privind planificarea familiala;

b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la litera a) sau serviciile prevazute la literele a) si b); se deconteaza doua consultatii pe an calendaristic, pe persoana.

1.5. Serviciile de preventie - consultatie preventiva:

Consultatia preventiva pentru persoanele in varsta de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinte majore in morbiditate si mortalitate se acorda o data la 3 ani si cuprinde:

- consultatie (anamneza, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci cand exista argumente clinice de suspiciune a unei stari patologice consemnate in foaia de observatie;
- incadrarea medicala a asiguratului intr-o grupa de risc;
- sfat medical, recomandari regim igieno-dietetic.

Consultatia se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiara de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate inscrise pe lista medicului de familie.

1.6. Activitatile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau fara eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform prevederilor legale;

NOTA: Se deconteaza un serviciu - consultatie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent daca s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui neasigurat inscris sau nu pe lista medicului de familie.

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de familie, precum si costurile altor activitati de suport altele decat cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

1. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative pentru urgente medico-chirurgicale, afectiuni acute, subacute, acutizarile unor afectiuni cronice si pentru afectiuni cronice

1.2. servicii medicale de preventie si profilaxie

1.3. servicii medicale la domiciliu

1.4. servicii medicale aditionale

1.5. activitati de suport

1.6. servicii de administrare de medicamente

1.1. Servicii medicale curative pentru urgente medico-chirurgicale, afectiuni acute, subacute, acutizarile unor afectiuni cronice si pentru afectiuni cronice

1.1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu

modificarile si completarile ulterioare, pentru care medicul de familie acorda primul ajutor si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical/domiciliu.

1.1.1.2. Pentru persoanele asigurate inscrise pe lista altui medic de familie aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala se acorda in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de la cabinet sau la domiciliu pacientului in cadrul programului pentru consultatii la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgenta medico-chirurgicala care se trimit catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de familie in documentele de evidenta primara de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.1.2. Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizarile unor afectiuni cronice, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;
- recomandare pentru investigatii paraclinice in vederea stabilirii diagnosticului si pentru monitorizare;
- manevre de mica chirurgie, dupa caz;
- stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea asiguratului in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultatie la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare in spital pentru cazurile care necesita aceasta sau care depasesc competenta medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de reabilitare medicala in ambulatoriu sau in sanatorii balneare, dupa caz;
- recomandare pentru tratament de recuperare in sanatorii si preventorii, dupa caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, dupa caz;
- recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

1.1.2.1. Consultatiile la cabinet pentru afectiuni acute/subacute sau acutizarile unor afectiuni cronice se vor acorda conform recomandarilor medicale, iar la domiciliu se au in vedere si prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boala acuta/subacuta sau acutizare a unor afectiuni cronice/asigurat se deconteaza maxim doua consultatii.

NOTA: Medicul de familie consemneaza in biletul de trimitere sau ataseaza la acesta, in copie, rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate atunci cand acestea au fost necesare pentru a sustine si/sau confirma diagnosticul mentionat pe biletul de trimitere si data la care au fost efectuate.

1.1.3. Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice – se vor realiza pe baza de programare pentru:

a) supravegherea evolutiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicatiilor;

d) educatia asiguratului privind autoingrijirea.

1.1.3.1. Consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de catre medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de catre medic si in conditiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afectiunile cronice/asigurat se deconteaza o consultatie pe luna.

1.1.4. Consultatii de monitorizare activa prin plan de management integrat pe baza de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor privind: riscul cardiovascular inalt – HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2; astmul bronsic; boala cronica respiratorie obstructiva – BPOC; boala cronica de rinichi.

1.1.4.1. Consultatiile de monitorizare activa acopera urmatoarele:

a) Evaluarea initiala a cazului nou depistat in primul trimestru dupa luarea in evidenta, episod ce poate include 3 consultatii la medicul de familie ce pot fi acordate intr-un interval de maxim 3 luni consecutive – bilant clinic initial care include screeningul complicatiilor, initierea si ajustarea terapiei pana la obtinerea raspunsului terapeutic preconizat, educatia pacientului, recomandare pentru investigatii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesita consultatii de specialitate sau care depasesc competenta medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultatii programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicatiilor, educatia pacientului, investigatii paraclinice si tratament si o noua monitorizare se face dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.

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

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in:

- evaluarea afectarii organelor tinta;
- stratificarea nivelului de risc;
- stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; initierea interventiilor de modificare a riscului, evaluarea raspunsului, ajustarea terapiei pentru pentru atingerea valorilor tinta specifice cazului.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde:

- anamneza;
- examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpare pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati care pot induce HTA secundara, masurarea circumferintei abdominale,

examinarea piciorului pentru pacientii cu diabet zaharat tip 2, masurarea TA;

- bilet de trimitere pentru consultatie de specialitate/investigatii paraclinice in vederea efectuarii: hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica, microalbuminurie, EKG;

Interventiile de modificare a riscului includ:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viata, fumat, dieta, activitate fizica;
- interventii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile tinta stabilite ca obiective terapeutice – TA, colesterol, glicemie – prin modificarea stilului de viata si/sau terapie medicamentoasa;
- educatie pentru auto – ingrijire.

NOTA: Pentru initierea si ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate/atestat in diabet, nutritie si boli metabolice.

b. Monitorizare activa a pacientului cu risc cardiovascular – HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, cuprinde:

- bilantul periodic al controlului terapeutic;
- evaluarea evolutiei afectiunii – screening-ul complicatiilor/afectarea organelor tinta;
- tratament/ajustarea medicatiei, dupa caz.

NOTA: Pentru tratamentul si ajustarea medicatiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesara recomandare de la medicul de specialitate/atestat in diabet, nutritie si boli metabolice

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ:

- examen clinic in cabinetul medicului de familie;
- bilet de trimitere – management de caz, pentru investigatii paraclinice specifice respectiv hemoleucograma completa, glicemie, profil lipidic complet, ionograma serica, acid uric seric, creatinina serica, microalbuminurie, EKG, dozare proteina urinara, in functie de nivelul de risc;
- bilet de trimitere – management de caz, in functie de nivelul de risc pentru consultatie de specialitate la cardiologie, medicina interna, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, oftalmologie, nefrologie;
- sfaturi igieno-dietetice si educatie pentru auto-ingrijire.

Criterii de incadrare in nivel de risc:

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

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

III. Nivel de risc inalt si foarte inalt: SCORE > 5 si/sau LDL-C > 100 mg/dl si/sau TA > 180/110, si/sau afectarea organelor tinta, si/sau boala renala si/sau prezenta concomitenta a DZ si/sau >/= 3 FRS

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice – astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva – BPOC:

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in:

- stratificarea nivelului de severitate

- intocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat si initierea terapiei.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde:

- anamneza factori declansatori, istoric personal si familial
- examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpare pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati
- trimitere pentru investigatii paraclinice/explorari functionale: hemoleucograma completa, spirometrie, peak-flowmetrie, radiografie pulmonara;
- trimitere pentru consultatie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz;

Initierea interventiilor terapeutice include:

- sfaturi pentru modificarea stilului de viata: fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere suport specializat;
- pentru astm bronsic - tinta terapeutica este reprezentata de controlul simptomelor cu combinatia farmacologica si in dozele cele mai mici posibile:
- astm bronsic controlat - limitarea simptomelor diurne si a consumului de beta2 agonist la nevoie in < /= 2 ocazii/saptamana, absenta simptomelor nocturne, fara limitarea activitatii, functie pulmonara normala, absenta exacerbarilor;
- astm bronsic partial controlat - limitarea simptomelor diurne si a consumului de beta2 agonist la nevoie in > 2 ocazii/saptamana, prezenta simptomelor nocturne, functie pulmonara < 80% din valoarea cea mai buna (sau prezisa), cu limitarea activitatii, cu una/mai multe exacerbari in ultimul an;
- astm bronsic necontrolat - trei sau mai multe caracteristici de astm bronsic partial controlat prezente in orice saptamana plus o exacerbare.

Initierea medicatiei la pacientul nou diagnosticat se face cu medicatie de treapta II sau III, functie de intensitatea simptomelor.

- pentru BPOC - tinta terapeutica este reprezentata de renuntarea la fumat si controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:
- toti pacientii: educatie intensiva pentru renuntare la fumat, evitarea altor factori de risc, dieta, activitate fizica, reguli de viata, vaccinare antigripala;
- toti pacientii cu BPOC confirmati spirometric si incadrati in stadiul de severitate I - II cu dispnee - initiere terapie de linia I (bronhodilatator cu durata scurta de actiune - uneori) sau de linia II (bronhodilatator cu durata lunga de actiune - daca este necesar)
- bilet de trimitere la medicul de specialitate - pacientii cu BPOC confirmati spirometric si incadrati in stadiul de severitate III si IV pentru initiere terapie combinata respectiv oxigenoterapie sau/si pacienti cu suspiciune de BPOC, pentru confirmare diagnostica.

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta cuprinde:

- reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii si identificarea eventualelor cauze de control inadecvat;
- educatia pacientului privind boala, evolutia ei, intelegerea rolului diferitelor clase de medicamente si a utilizarii lor, intelegerea rolului pacientului in managementul de lunga durata a bolii, sfatul pentru renuntarea la fumat;
- evaluarea compliantei la tratament si ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;
- astm bronsic - tinta terapeutica - controlul simptomelor cu combinatia farmacologica si in dozele cele mai mici posibile.

- BPOC – tinta terapeutica – renuntarea la fumat si controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii si prevenirea exacerbarilor.

Consultatiile in cadrul monitorizarii active includ:

- anamneza, factori declansatori cauze de control inadecvat;
- examen clinic in cabinetul medicului de familie: inspectie, auscultatie si palpare pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta, evidentierea semnelor clinice pentru comorbiditati;
- evaluarea riscului de exacerbare a BPOC;
- bilet de trimitere – management de caz, in functie de severitate – pentru efectuarea de investigatii paraclinice pentru stabilirea severitatii/nivelului de control si monitorizarea evolutiei astmului bronsic si BPOC: spirometrie, hemoleucograma completa si daca se suspecteaza complicatii – radiografie pulmonara, dupa caz
- bilet de trimitere – management de caz, in functie de severitate – pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie si medicina interna, dupa caz.

Educatia pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viata: fumat, dieta, activitate fizica +/- consiliere/vaccinare antigripala.

Evaluarea compliantei la recomandarile terapeutice, cu atentie sporita la complianta la medicamente si verificarea la fiecare vizita a intelegerii utilizarii diferitelor clase de medicamente si a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea initiala a cazului nou depistat consta in:

- evaluarea gradului de risc in functie de filtratul glomerular, albuminurie si boala renala primara;
- stabilirea obiectivelor terapeutice si intocmirea planului de ingrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) si initierea terapiei.

Consultatia in cadrul evaluarii initiale cuprinde:

- anamneza (antecedente familiale si personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectarii renale si al co-morbiditatilor relevante);
- examen clinic complet;
- bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice: creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata – eRFG, examen sumar de urina, albumina/creatinina urinara, ecografie de organ – renala;
- bilet de trimitere pentru consultatie de specialitate la nefrolog a pacientilor cu risc mediu-mare (raport albumina/creatinina peste 300 mg/g, eRFG mai mic de 45 mL/min sau hematurie microscopica de cauza non-urologica), hipertensiune arteriala necontrolata.

Initierea terapiei include:

- consiliere pentru schimbarea stilului de viata: renuntare la fumat, dieta hiposodata, activitate fizica;
- tratament medicamentos vizand controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG si al dislipidemiei, dupa caz;
- educatia pacientului pentru auto-ingrijire.

b. Monitorizarea activa a cazului luat in evidenta:

- bilantul periodic al controlului terapeutic (presiune arteriala, raport albumina/creatinina urinara, declin eRFG):
- revizuirea medicatiei (medicamente, doze), dupa caz;
- evaluarea aderentei la programul terapeutic (dieta, medicatie);

- bilet de trimitere – management de caz, pentru investigatii paraclinice creatinina serica cu determinarea ratei de filtrare glomerulara estimata – eRFG, albumina/creatinina urinara;

- bilet de trimitere – management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

1.2. Serviciile medicale preventive si profilactice sunt:

1.2.1. Consultatiile preventive sunt consultatii periodice active oferite persoanelor cu varsta intre 0 – 18 ani privind:

a. cresterea si dezvoltarea;

b. starea de nutritie si practicile nutritionale;

c. depistarea si interventia in consecinta pentru riscurile specifice grupei de varsta/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de varsta si sex, conform anexei nr. 2 C la ordin.

1.2.1.1. Frecventa efectuarii consultatiilor se va realiza dupa cum urmeaza:

a) la externarea din maternitate si la 1 luna – la domiciliul copilului;

b) la 2, 4, 6, 9, 12,15,18, 24, 36 luni;

c) o data pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: In cadrul consultatiilor preventive copii cu varsta cuprinsa intre 2 si 18 ani, beneficiaza anual de investigatii paraclinice – analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigatii. Biletul de trimitere se intocmeste distict pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru preventie sunt:

a. Varsta cuprinsa intre 2 ani si 5 ani inclusiv:

1. Pentru profilaxia anemiei:

Hemoleucograma completa

Sideremie

2. Pentru profilaxia rahitismului:

Calciu seric total

Calciu ionic seric

b. Varsta cuprinsa intre 6 ani si 11 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masa corporala – (IMC) crescut

Proteine totale serice

Colesterol seric total

Trigliceride serice

Glicemie

TGP

TGO

2. Pentru profilaxia anemiei:

Hemoleucograma completa

Sideremie

c. Varsta cuprinsa intre 12 ani si 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masa corporala – (IMC) crescut

Proteine totale serice

Colesterol seric total

Trigliceride serice

Glicemie

TGP

TGO

2. Pentru screening ITS (dupa inceperea vietii sexuale)

VDRL sau RPR

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectueaza fara recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie) in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, respectiv efectueaza TPHA in situatia in care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.2. Consultatii in vederea monitorizarii evolutiei sarcinii si lauziei, conform prevederilor legale in vigoare:

a) luarea in evidenta in primul trimestru; se deconteaza o consultatie;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a se deconteaza o consultatie/luna. In situatia in care luarea in evidenta a gravidei are loc in luna a 3-a, pentru aceasta luna se va raporta casei de asigurari de sanatate numai luarea in evidenta a gravidei, nu si supravegherea;

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv; se deconteaza doua consultatii/luna;

d) urmarirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se deconteaza o consultatie;

e) urmarirea lehuzei la 4 saptamani de la nastere; se deconteaza o consultatie.

1.2.2.1. In cadrul supravegherii gravidei se face si promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minim 12 luni, testare pentru HIV, hepatita de etiologie virala cu virus B si C, precum si consiliere pre si post testare HIV si lues a femeii gravide.

NOTA: In conformitate cu programul de monitorizare, investigatiile paraclinice si tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de catre medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul in care gravida este luata in evidenta de catre acesta si pana la 4 saptamani de la nastere.

1.2.3. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor din populatia generala - fara semne de boala - se vor realiza dupa cum urmeaza:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani - o data la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex corespunzatoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se deconteaza maxim 2 consultatii/asigurat in anul in care se realizeaza evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu varsta intre 18 si 39 ani depistate cu risc inalt, consultatiile preventive de evaluare se acorda anual, conform prevederilor de la punctul 1.2.3.2. si se deconteaza maxim 2 consultatii/asigurat, anual.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu varsta > 40 ani, anual - pentru care medicul de familie evalueaza expunerea la factorii de risc finalizata prin completarea riscogramei pentru grupa de varsta si sex

corespunzatoare conform anexei nr. 2 C la ordin. Se deconteaza maxim 2 consultatii/asigurat, anual.

NOTA 1: In cadrul consultatiilor preventive asiguratii asimptomatici cu varsta peste 18 ani, anual respectiv odata la 3 ani, beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigatii. Biletul de trimitere se intocmeste distict pentru aceste investigatii paraclinice cu completarea campului corespunzator preventiei.

Investigatiile paraclinice recomandate pentru preventie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu varsta cuprinsa intre 18 si 39 ani

Hemoleucograma completa
VSH
Glicemie
Colesterol seric total
Electroforeza proteinelor serice
Creatinina serica

b. pentru femeia cu varsta intre 18 si 39 ani care planifica o sarcina

VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste

Hemoleucograma completa
VSH
Glicemie
Colesterol seric total
Electroforeza proteinelor serice
Creatinina serica
PSA la barbati
TSH si FT4 la femei

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectueaza fara recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie) in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, respectiv efectueaza TPHA in situatia in care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei) si depistare de boli cu potential endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz). Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.

1.2.4.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata.

1.2.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

a) consilierea femeii privind planificarea familiala;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc.

1.2.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la litera a) sau serviciile prevazute la literele a) si b); se acorda maximum doua consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultatiile la domiciliu sunt acordate asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in afara cabinetului, in timpul programului de lucru pentru consultatiile la domiciliu Consultatiile la domiciliu se acorda asiguratilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanenta sau invaliditate temporara, asiguratilor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 – 1 an, copiilor cu varsta 0–18 ani cu boli infecto-contagioase si lehuzelor.

Se considera consultatie la domiciliu, inclusiv consultatia – examinarea acordata de medicul de familie in vederea constatarii decesului.

1.3.1. Consultatiile la domiciliu acordate de catre medicul de familie pentru un asigurat inscris pe lista proprie se deconteaza astfel: maximum 2 consultatii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizari ale bolilor cronice, maximum 4 consultatii/an pentru bolile cronice si o consultatie pentru fiecare situatie de urgenta. Informatiile medicale se inregistreaza in fisa medicala.
1.3.2.: Consultatiile acordate la domiciliul asiguratilor – maximum 42 de consultatii pe luna pe medic cu lista proprie de persoane asigurate inscrise dar nu mai mult de 3 consultatii pe zi.

NOTA: consultatiile la domiciliu se consemneaza in registrul de consultatii, care va contine data si ora consultatiei, numele, prenumele, semnatura asiguratului sau apartinatorului, dupa caz, pentru situatia in care nu se utilizeaza cardul conform prevederilor legale in vigoare.

1.4. Serviciile medicale aditionale reprezinta servicii care se ofera optional in cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguratilor de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai in cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzatoare, iar medicul de familie are competenta dobandita prin parcurgerea unui program educational specific, certificat suplimentar, dupa caz.

1.4.1. Serviciile aditionale sunt:

a) efectuare si interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate

b) ecografie generala – abdomen si pelvis

c) spirometrie

NOTA 1*): Pentru aceste servicii se incheie acte aditionale la contractul/conventia de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara. Decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice, in limita sumelor rezultate conform criteriilor prevazute in anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numarul maxim de ecografii generale, examene EKG – efectuare si interpretare si spirometrii ce pot fi efectuate si acordate intr-o ora, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. Servicii medicale de consultatii si diagnostic ce pot fi furnizate la distanta prin sisteme de telemedicina rurala dezvoltate de Ministerul Sanatatii.

1.4.2.1. Aceste servicii reprezinta consultatiile ce se acorda asiguratilor conform pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 si pct. 1.3 si pentru care, suplimentar, dupa caz, se efectueaza ecografie generala –

abdomen + pelvis – si/sau EKG care se transmit medicilor de specialitate din ambulatoriu, in vederea interpretarii.

NOTA: Consultatia prevazuta la punctul 1.4.2 nu se deconteaza ca si consultatie prevazuta la pct. 1 subpct. 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4 si pct. 1.3.

1.5. Activitatile de suport sunt reprezentate de eliberarea urmatoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescriptii medicale, adeverinte medicale pentru copii in caz de imbolnaviri, acte medicale necesare copiilor aflati in plasament din cadrul sistemului de asistenta sociala si protectia copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea in colectivitate, conform prevederilor legale in vigoare, precum si eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform prevederilor legale, ca urmare a examinarii pentru constatarea decesului.

NOTA 1: Activitatile de suport sunt consecinta a actului medical acordat pentru serviciile prevazute in pachetul de servicii medicale de baza.

NOTA 2: Se deconteaza un serviciu – examinare pentru constatarea decesului, indiferent daca s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat inscris pe lista medicului de familie.

1.6. Servicii de administrare de medicamente – intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, dupa caz, acordate asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie, in timpul programului de lucru in cabinet.

C. PACHETUL DE SERVICII IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII.

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la lit. A punctul 1, subpunctele 1.1 si 1.2 si la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexa.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la lit. B.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 si 1.2 din prezenta anexa sau de serviciile medicale prevazute la lit. B din prezenta anexa in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 2

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala primara pentru furnizarea de servicii medicale prevazute in pachetele de servicii medicale

Art. 1. – (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoana asigurata, conform listei proprii de persoane inscrise asigurate, si plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte pentru unele servicii medicale prevazute anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacientilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

(2) Suma cuvenita prin plata "per capita" pentru serviciile mentionate la lit. e) se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte rezultat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta a persoanelor asigurate inscrise in lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat in functie de conditiile prevazute la lit. d), cu valoarea stabilita pentru un punct.

a) Numarul de puncte acordat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta a persoanelor inscrise asigurate se stabileste astfel:

1. numarul de puncte, acordat pe o persoana asigurata inscrisa in lista, in raport cu varsta persoanei asigurate inscrise:

Grupa de varsta	0 – 3 ani	4 – 59 ani	60 ani si peste
Numar de puncte/ persoana/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1: Incadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupa de varsta in alta se realizeaza la implinirea varstei – copil cu varsta de 4 ani impliniti se incadreaza in grupa 4-59 ani.

NOTA 2 : In situatia in care in lista medicului de familie sunt inscrise persoane institutionalizate – copii incredintati sau dati in plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de ingrijire si asistenta – si persoane

private de libertate aflate in custodia statului, potrivit legii, numarul de puncte aferent acestora se majoreaza cu 5% fata de punctajul acordat grupei de varsta in care se incadreaza.

In acest sens medicii de familie ataseaza la fisa medicala actele doveditoare care atesta calitatea de persoane institutionalizate - copii incredintati sau dati in plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de ingrijire si asistenta - sau persoane private de libertate aflate in custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3: Pentru persoanele incadrate ca si persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numarul de puncte aferent acestora este cel corespunzator grupei de varsta "60 ani si peste".

2. La calculul numarului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie existente in ultima zi a lunii precedente. In situatia contractelor nou incheiate pentru prima luna de contract la calculul numarului de puncte per capita se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie prezentata la contractare.

Pentru medicii nou veniti care incheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioada de 3 luni - dupa incetarea conventiei incheiata pentru maxim 3 luni, pentru prima luna de contract se iau in considerare persoanele asigurate inscrise in lista medicului de familie prezentata la data incheierii contractului.

3. Numarul optim de persoane inscrise pe lista medicului de familie din punct de vedere al asigurarii unor servicii de calitate la nivelul asistentei medicale primare care se ia in calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritoriala/zona urbana este de 1.800.

4. Pentru un numar de 2.200 de persoane inscrise pe lista medicului de familie programul saptamanal de activitate al cabinetului medical individual precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie care se contracteaza cu casa de asigurari de sanatate in vederea acordarii serviciilor medicale in asistenta medicala primara este de 35 de ore pe saptamana. In situatia in care numarul persoanelor inscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe saptamana se poate prelungi si/sau se poate modifica in sensul schimbarii raportului prevazut la alin. (3) lit. b) cu asigurarea numarului de consultatii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin.

In cazul prelungirii programului de lucru pentru o lista cuprinsa intre 2.200 si 3.000 de persoane inscrise programul zilnic se majoreaza cu 1 ora iar pentru o lista de inscrisi mai mare de 3.000 programul zilnic se majoreaza cu 2 ore.

5. In situatia in care numarul de persoane asigurate inscrise pe lista medicului de familie depaseste 2.200 si numarul de puncte "per capita"/an depaseste 18.700 puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se reduce dupa cum urmeaza:

- cu 25%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 18.701 - 22.000;
- cu 50%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 22.001 - 26.000;
- cu 75%, cand numarul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numarul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile ulterioare, care au cel putin un medic angajat cu norma intreaga si pentru cabinetele medicale care se afla intr-o unitate administrativ-teritoriala/zona urbana cu deficit din punct de vedere al prezentei medicului de familie, stabilit de comisia prevazuta la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare se reduce dupa cum urmeaza:

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 25%;
- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 50%;
- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 30.000 puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 75%;

b) Medicii nou-veniti intr-o localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana - in conditiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare incheie contract cu casa de asigurari de sanatate in aceleasi conditii ca si medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniti, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) si (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, privind numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniti intr-o localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana - in conditiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare se stabileste conform lit. a).

c) Medicii nou-veniti intr-o localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana - in conditiile prevederilor art. 14 capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, chiar daca la sfarsitul celor 3 luni pentru care au avut incheiata conventie de furnizare de servicii medicale nu au inscris numarul de persoane asigurate prevazut la art. 1 alin. (3) si alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, incheie contract cu casa de asigurari de sanatate pentru lista pe care si-au constituit-o pana la data incheierii contractului; medicii nou-veniti au obligatia ca in termen de maximum 3 luni de la data incheierii contractului sa inscrie numarul minim de persoane asigurate. In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate inceteaza la expirarea celor 3 luni, cu exceptia situatiilor stabilite de comisia constituita potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus mentionat. Lista de persoane asigurate inscrise care se ia in calcul pentru continuarea relatiei contractuale este cea prezentata de medicul de familie la sfarsitul celor 3 luni. Daca dupa

prelungirea relatiei contractuale se constata, odata cu validarea listei de persoane asigurate inscrise, ca nu este indeplinita conditia privind numarul minim de persoane asigurate inscrise, contractul poate inceta in conditiile art. 1 alin. (6) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus mentionat.

Pentru cele 3 luni de contract in care medicul nou-venit are obligatia de a inscrie numarul minim de persoane asigurate prevazut la art. 1 alin. (3) si alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus mentionat, venitul se stabileste conform lit. a). Se considera medic nou-venit intr- o localitate, medicul de familie care solicita pentru prima data intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in localitatea respectiva, inclusiv medicii care si-au desfasurat activitatea ca medici angajati intr-un cabinet medical individual aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate respectiva.

d) Numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), dupa caz, se recalculeaza in urmatoarele situatii:

1. in raport cu conditiile in care se desfasoara activitatea, majorarea este cu pana la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea. Pentru cabinetele medicale organizate in localitatile care se gasesc total sau partial in aria Rezervatiei biosferei Delta Dunarii, se aplica un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obtinut potrivit Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea criteriilor de incadrare a cabinetelor medicale din asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru si un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul si pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi impartit proportional cu programul de lucru - exprimat in ore desfasurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit in conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4, iar numarul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta in functie de sporul de zona aferent localitatii unde se afla cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzand cabinetele medicale din asistenta medicala primara la care se aplica majorarile de mai sus si procentul de majorare corespunzator se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate mai sus mentionat.

2. in raport cu gradul profesional, valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majoreaza cu 20%, iar pentru prestatia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminueaza cu 10%.

Ajustarea numarului total de puncte se aplica din luna imediat urmatoare celei in care s-a depus si inregistrat la casa de asigurari de sanatate documentul privind confirmarea gradului profesional. In situatiile de inlocuire a unui medic, cand se incheie conventie de

inlocuire intre medicul inlocuitor si casa de asigurari de sanatate, se va lua in calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei. Pentru cabinetele medicale individuale, in situatia de inlocuire a medicului titular de catre medicul angajat, se va lua in calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5, cu exceptia consultatiei la domiciliu care se finalizeaza sau nu prin eliberarea certificatului constatator de deces si 1.6 din anexa nr. 1 la ordin, precum si consultatiile prevazute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 si 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depasesc limitele prevazute la alin. (3) lit. b), sunt incluse in plata "per capita".

(3) Suma cuvenita pentru serviciile medicale a caror plata se realizeaza prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte pe serviciu medical ajustat in functie de gradul profesional, cu valoarea stabilita pentru un punct.

a) Numarul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

Denumire serviciu medical	Frecventa/plafon	Nr. puncte
A. Pachet minimal		
1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala	1 consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta	5,5 puncte/consultatie
2. Supraveghere si depistare de boli cu potential endemo-epidemic	1 consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo- epidemic suspicionata si confirmata	5,5 puncte/consultatie
3. Monitorizarea evolutiei sarcinii si lehuziei		
a) luarea in evidenta in primul trimestru;	1 consultatie	5,5 puncte/consultatie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a;	1 consultatie pentru fiecare luna	5,5 puncte/consultatie
c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;	2 consultatii pentru fiecare luna	5,5 puncte/consultatie
d) urmarirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
e) urmarirea lehuzei la 4 saptamani de la nastere;	1 consultatie	5,5 puncte/consultatie
4. Servicii de planificare familiala	2 consultatii/an calendaristic/ persoana	5,5 puncte/consultatie

5. Constatarea decesului cu sau fara eliberarea certificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului
6. Servicii de preventie		
Consultatia preventiva	1 consultatie o data la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultatie
B. Pachet de baza		
1. Serviciile medicale preventive si profilactice acordate asiguratilor cu varsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate -	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
la domiciliul copilului		
b) - la 1 luna - la domiciliul copilului	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 si 36 luni	1 consultatie pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consultatie
d) - de la 4 la 18 ani	1 consultatie/an/ asigurat	5,5 puncte/consultatie
2. Monitorizarea evolutiei sarcinii si lauziei		
a) luarea in evidenta in primul trimestru;	1 consultatie	5,5 puncte/consultatie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a;	1 consultatie pentru fiecare luna	5,5 puncte/consultatie
c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;	2 consultatii pentru fiecare luna	5,5 puncte/consultatie
d) urmarirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultatie la domiciliu	15 puncte/consultatie
e) urmarirea lehuzei la 4 saptamani de la nastere;	1 consultatie	5,5 puncte/consultatie
3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic		
a) asigurati cu varsta intre 18 si 39 ani	2 consultatii/ asigurat o data la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultatie

b) asigurati cu varsta intre 18 si 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc inalt	1 - 2 consultatii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultatie
c) asigurati cu varsta > 40 ani	1 - 2 consultatii/ asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultatie
4. Servicii medicale curative		
a) Consultatia in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizarile unor afectiuni cronice	2 consultatii/ asigurat/episod	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
b) Consultatii periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice	1 consultatie/ asigurat/luna	5,5 puncte/consultatie pentru consultatiile care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea initiala a cazului nou		
c.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	5,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
c.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	5,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
c.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	5,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
	O singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. c.1.1), c.1.2) si c.1.3)

c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	- 6 puncte /consultatie in cadrul monitorizarii - management de caz; - Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 60 de zile; - O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive, calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
5. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenta	1 consultatie pentru fiecare situatie de urgenta	15 puncte/consultatie care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizari ale bolilor cronice	2 consultatii/episod	15 puncte/consultatie care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	4 consultatii/an/ asigurat	15 puncte/consultatie care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguratii nedeplasabili inscrisi pe lista proprie		
d.1) evaluarea initiala a cazului nou		
d.1.1) evaluarea initiala a cazului nou de HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	15,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea initiala a cazului nou de astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei	15,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;

	consultatii in cadrul evaluarii;	
d.1.3) evaluarea initiala a cazului nou de boala cronica de rinichi	3 consultatii ce pot fi acordate intr- un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca data de inceput data primei consultatii in cadrul evaluarii;	15,5 puncte/consultatie in cadrul evaluarii initiale a cazului nou;
	O singura data, in trimestrul in care a fost facuta confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevazute la pct. d.1.1), d.1.2) si d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse in managementul de caz (HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic si boala cronica respiratorie obstructiva - BPOC, boala cronica de rinichi)	2 consultatii in cadrul monitorizarii managementului de caz	- 16 puncte /consultatie in cadrul monitorizarii - management de caz; - Se raporteaza fiecare consultatie odata cu activitatea lunii in care a fost efectuata, iar intervalul maxim intre cele 2 consultatii este de 45 de zile; - O noua monitorizare de management de caz se efectueaza dupa 6 luni consecutive calculate fata de luna in care a fost efectuata cea de a doua consultatie din cadrul monitorizarii anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fara eliberarea cerificatului constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului, care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)
6. Servicii medicale de consultatii si diagnostic ce pot fi furnizate la distanta prin sisteme de telemedicina rurala:		care se incadreaza in prevederile de la lit. b) a alin. (3)

a) Efectuate la cabinet	1 consultatie	6 puncte/consultatie
b) Efectuate la domiciliu	1 consultatie	15,5 puncte/consultatie

a.1) In raport cu gradul profesional, valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar numarul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majoreaza cu 20%, iar pentru prestatia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminueaza cu 10%.

Ajustarea numarului total de puncte se aplica din luna imediat urmatoare celei in care s-a depus si inregistrat la casa de asigurari de sanatate documentul privind confirmarea gradului profesional.

a.2) In situatiile de inlocuire a unui medic, cand se incheie conventie de inlocuire intre medicul inlocuitor si casa de asigurari de sanatate, se va lua in calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei. Pentru cabinetele medicale individuale, in situatia de inlocuire a medicului titular de catre medicul angajat, se va lua in calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

b) Numarul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzator unui program de 35 ore/saptamana, nu poate depasi pentru activitatea desfasurata, numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

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

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

- maximum 3 consultatii la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultatii pe luna.

c) Serviciile cuprinse la litera A si litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 si 1.5 pentru consultatia cu sau fara eliberarea certificatului constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum si consultatiile prevazute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, 1.3 si 1.4.2 din anexa nr. 1 la ordin care se incadreaza in limitele prevazute la lit. b), sunt incluse in plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat in puncte.

Art. 2. – Acordarea serviciilor medicale se face in urmatoarele conditii:

a) medicamentele si, dupa caz, unele materiale sanitare prescrise trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul stabilit. Pentru prescrierea medicamentelor cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, se utilizeaza prescriptia medicala electronica sau formularul de prescriptie medicala cu regim special, unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; pentru medicamentele cu sau fara contributie personala prescrise in baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescriptie medicala electronica distincta;

b) investigatiile paraclinice recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul, care se consemneaza in fisa de consultatie si in biletul de trimitere;

c) in cazul in care exista suspiciune privind bolile cu potential endemo-epidemic, medicul de familie ia masurile necesare pentru preintampinarea sau restrangerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola si raporta cazurile, conform prevederilor legale in vigoare. Pentru cazul in care masurile necesare se refuza de catre pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de politie si al autoritatilor publice locale.

Art. 3. - (1) Pentru perioadele de absenta mai mari de 30 de zile lucratoare, medicul de familie organizeaza preluarea activitatii sale medicale de catre un alt medic de familie; in cazurile in care acesta este in imposibilitate de a organiza preluarea activitatii, casele de asigurari de sanatate numesc un inlocuitor, cu avizul directiilor de sanatate publica. In ambele situatii medicul inlocuitor trebuie sa aiba licenta de inlocuire temporara, iar preluarea activitatii se face pe baza de conventie de inlocuire. Licenta de inlocuire temporara se acorda de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu instiintarea in scris a casei de asigurari de sanatate si a directiei de sanatate publica. Pentru asigurarea conditiilor in vederea preluarii activitatii unui medic de familie de catre alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispozitie medicilor de familie listele cu medicii de familie fara obligatii contractuale aflati in evidenta acestora, cum este si cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea in conditiile legii.

In situatia in care preluarea activitatii se face de catre medici aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, se asigura prelungirea corespunzatoare a programului de activitate al medicului inlocuitor, in functie de necesitati.

(2) Perioadele de absenta motivata a medicului de familie se refera la: incapacitate temporara de munca, concediu de sarcina/lehuzie, concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului pana la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap pana la implinirea de catre acesta a varstei de 3 ani, vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare pe an calendaristic, studii medicale de specialitate si rezidentiat in specialitatea medicina de familie, perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, perioada in care unul dintre soti il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate.

Medicul este obligat ca in cazul in care se afla in una din situatiile mentionate mai sus, cu exceptia perioadei de vacanta, sa depuna la sediul casei de asigurari de sanatate, documentul justificativ care atesta motivul absentei.

(3) Pentru perioade de absenta mai mici de 30 de zile lucratoare, inlocuirea medicului absent se poate face si pe baza de reciprocitate intre medici, cu conditia ca medicul inlocuitor sa-si desfasoare activitatea in aceeasi localitate cu medicul inlocuit sau in zona limitrofa, in acest caz medicul inlocuitor prelungindu-si programul de lucru in functie de necesitati. Pentru situatiile de inlocuire pe baza de reciprocitate, medicul de familie inlocuit va depune la casa de asigurari de sanatate, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, un exemplar al conventiei de reciprocitate conform modelului prevazut in anexa 4 la ordin si va afisa la cabinetul medical numele si programul medicului inlocuitor, precum si adresa cabinetului unde isi desfasoara activitatea. Inlocuirea medicului absent pe baza de

reciprocitate intre medici se face pentru o perioada cumulata de maximum 60 de zile calendaristice pe an calendaristic.

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii si formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului inlocuit.

(4) In cazul in care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenta prevazute la alin. (1) - (3), acesta poate fi inlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajati, cu prelungirea corespunzatoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajati care sa acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

In desfasurarea activitatii, medicul angajat utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care medicul angajat isi desfasoara activitatea, numarul de contract si stampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenita prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat in puncte, aferenta perioadei de absenta se vireaza de catre casa de asigurari de sanatate in contul titularului contractului, urmand ca in conventia de inlocuire sa se stipuleze in mod obligatoriu conditiile de plata a medicului inlocuitor sau in contul medicului inlocuitor, dupa caz.

(6) Medicul inlocuitor va indeplini toate obligatiile ce revin medicului inlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale incheiat de acesta cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 4. - (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical incheie o conventie de inlocuire cu medicul inlocuitor pentru perioade de absenta mai mici de doua luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizata de casa de asigurari de sanatate, prin care se stabilesc conditiile de inlocuire. Pentru situatiile de reciprocitate intre medici, acestia incheie o conventie de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizata de casa de asigurari de sanatate, prin care se stabilesc conditiile de inlocuire pe baza de reciprocitate.

(2) Conventia de inlocuire se incheie intre casele de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor agreat de medicul inlocuit, pentru perioade de absenta mai mari de 2 luni/an sau cand medicul inlocuit se afla in imposibilitate de a incheia conventie cu medicul inlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Conventia de inlocuire devine anexa la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care medicul inlocuitor isi desfasoara activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului inlocuit.

Art. 5. - (1) Medicul de familie poate angaja in cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale in vigoare, medici care au dreptul sa desfasoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare. Medicii angajati nu au lista

proprie de persoane inscrise si nu raporteaza activitate medicala proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fara contributie personala si, dupa caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale in vigoare, folosindu-se stampila cabinetului si parafa medicului angajat, respectiv semnatura electronica proprie si prescriptiile medicale ale medicului titular. Intreaga activitate a cabinetului medical se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) In cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajati, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajati se poate desfasura in afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajati in cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale in vigoare se raporteaza la casa de asigurari de sanatate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cat si cel al medicului angajat/medicilor angajati trebuie sa se incadreze in programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 6. – Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" si a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistentei medicale primare la nivel national pentru anul 2015 are urmatoarea structura:

1. 50% pentru plata "per capita" si 50% pentru plata pe serviciu medical, dupa ce s-au retinut sumele ce rezulta potrivit pct. 2;

2. venitul cabinetelor medicale in care isi desfasoara activitatea medicii de familie nou-veniti intr- o localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada considerata necesara pentru intocmirea listei si pentru care medicul de familie are incheiata o conventie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate, format din:

a) suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut, la care se aplica corespunzator ca si procent ajustarile prevazute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1;

b) suma pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, egala cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) inmultit cu 1,5.

Art. 7. – Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita si pe serviciu medical, fondul anual aferent asistentei medicale primare se defalcheaza pe trimestre.

Art. 8. – (1) Valoarea minima garantata a punctului "per capita", unica pe tara, este de 4 lei, valabila pentru anul 2015.

(2) Valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unica pe tara si este de 1,9 lei, valabila pentru anul 2015.

(3) Valoarea definitiva a unui punct pentru plata per capita si pe serviciu medical se stabileste trimestrial, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, ca raport intre fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita si pe serviciu a medicilor de familie si numarul de puncte per capita si pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea conditiilor prevazute la art.

1 alin. (3), si reprezinta valoarea definitiva a unui punct per capita si pe serviciu, unica pe tara pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitiva a unui punct pentru plata per capita si pe serviciu nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct pentru plata per capita si pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat in calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita si per serviciu medical se determina astfel:

Fondul aferent asistentei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale in care isi desfasoara activitatea medicii de familie nou-veniti intr-o localitate, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada pentru care medicul de familie are incheiata o conventie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate, se repartizeaza 50% pentru plata per capita si 50% pentru plata per serviciu.

Art. 9. – (1) Suma cuvenita lunar medicilor de familie se calculeaza prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a inmultirii numarului de puncte "per capita" efectiv realizate si a numarului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minima garantata pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenita medicilor de familie pentru un trimestru se calculeaza prin totalizarea sumelor rezultate prin inmultirea numarului de puncte "per capita" si a numarului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate in trimestrul respectiv cu valoarea definitiva a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitiva a punctului pe serviciu medical.

Art. 10. – Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurari de sanatate, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate, prin reprezentantul legal, intreaga activitate efectiv realizata in luna anterioara, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prevederilor contractului-cadru si a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage dupa sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfasurata de medicul respectiv pentru perioada aferenta.

Art. 11. – Persoanele inscrise care doresc sa isi schimbe medicul de familie si persoanele care nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie si care doresc sa se inscrie, vor adresa o cerere de inscriere prin transfer/cerere de inscriere, ale caror modele sunt prevazute in anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc sa se inscrie, precizand numele medicului de la care pleaca, dupa caz. Inscrierea/inscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de inscriere/cererii de inscriere prin transfer si a cardului national de asigurari sociale de sanatate. Pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de constiinta refuza cardul national sau pentru persoanele carora li se va emite card national duplicat, precum si pentru copii 0-18 ani, inscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere/de inscriere prin transfer.

Pentru situatiile de inscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligatia sa anunte in scris (prin posta), in maximum 15 zile lucratoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleaca persoana are obligatia sa transmita fisa medicala in copie certificata prin semnatura si parafa ca este conform cu originalul, prin posta/prin asigurat, medicului

primitor, in termen de 15 zile lucratoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleaca persoana pastreaza originalul fisei medicale, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 12. – (1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaza la sfarsitul trimestrului, o data cu recalcularea drepturilor banesti cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru se corecteaza pana la sfarsitul anului astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat, in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat, intr-un trimestru anterior se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea definitiva a punctului "per capita" si la valoarea definitiva a punctului pe serviciu stabilita pentru trimestrul in care s-a produs eroarea, sumele respective afectand fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul in care s-a constatat eroarea si implicit valoarea definitiva a punctului pentru trimestrul respectiv. In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza in aceleasi conditii cu cele din cursul anului curent.

(3) Eventualele erori de validare se regularizeaza trimestrial la nivelul caselor de asigurari de sanatate.

Art. 13. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial si ori de cate ori este nevoie, intalniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizarii serviciilor medicale in asistenta medicala primara, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de familie masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

Art. 14. – (1) In aplicarea art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se intelege absenta nemotivata de la programul de lucru afisat si prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate pentru activitatea desfasurata in cabinetul medical.

(2) Absenta motivata se ia in considerare pentru situatiile prevazute la art. 3 alin. (2), precum si pentru urmatoarele situatii: citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective, cu conditia numirii unui inlocuitor pe baza de conventie de reciprocitate sau conventie de inlocuire, ale carui numar de telefon si adresa vor fi afisate la cabinetul medical, precum si in cazul participarii la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Romania. Pentru aceste situatii medicii de familie trebuie sa depuna la casa de asigurari de sanatate copia documentelor justificative. In cazul in care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenta prevazute anterior poate fi inlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajati.

Art. 15. – Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale din asistenta medicala primara, care au competenta si dotarea necesara, ecografii generale (abdomen si pelvis) si/sau EKG, spirometrie, la tarifele si in conditiile asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua si interpreta aceste servicii numai ca o consecinta a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituita la sfarsitul lunii anterioare, in cazul medicilor de familie nou-veniti intr-o localitate care incheie cu casa de asigurari de sanatate conventie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului, daca in cabinetele medicale in care acestia isi desfasoara activitatea exista aparatura medicala necesara; medicii de familie pot efectua ecografii generale (abdomen si pelvis) numai daca au obtinut competenta confirmata prin ordin al ministrului sanatatii.

Numarul de investigatii paraclinice contractat nu poate depasi 3 investigatii pe ora, cu obligatia incadrarii in valoarea contractata.

Serviciile medicale paraclinice se executa in afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistenta medicala primara, astfel incat sa nu fie afectat timpul alocat consultatiilor stabilit potrivit art. 1 alin. (3) lit. b), prin prelungirea corespunzatoare a programului de lucru contractat.

Art. 16. – Medicii de familie aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate acorda servicii medicale pe baza unei programari, in conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Art. 17. – La contractare furnizorul depune lista cu asiguratii inscrisi pe lista proprie a fiecarui medic de familie, aflati in evidenta cu urmatoarele boli cronice: HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astmul bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva (BPOC) si boala cronica de rinichi, conform modelului prevazut in anexa nr. 2 D la ordin. Lunar se raporteaza modificarile intervenite/miscarea lunara/intrari/iesiri, utilizand formularele de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

ANEXA Nr. 2A

I. CERERE DE INSCRIERE
– model –

Nr. inregistrare . . . . . ./. . . . . .

VIZAT*),

Unitatea sanitara . . . . . CUI . . . . . .
Sediu (localitate, str. nr.) . . . . . .
Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
Nr. contract/conventie . . . . . .
Medic de familie . . . . . (semnatura si parafa)

Domnule/Doamna Doctor,

Subsemnatul(a) . . . . . ., cetatenie . . . . . ., C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data nasterii . . . ., domiciliat(a) in . . . . . str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., ap. . . . . ., jud./sector . . . . . ., act de identitate . . . . . ., seria . . . . . ., nr. . . . . ., eliberat de . . . . . ., la data . . . . . ., telefon . . . . . ., solicit inscrierea mea pe lista dumneavoastra

Declar pe propria raspundere:**)

1. ca nu sunt inscris(a) pe lista unui medic de familie. |_|

2. solicit inscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima inscriere deoarece:

a survenit decesul medicului pe lista caruia sunt inscris(a) |_|

medicul de familie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate |_|

a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista caruia sunt inscris(a) |_|

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atesta calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare (se va bifa numai de catre persoanele asigurate). |_|

Raspund de exactitatea datelor cuprinse in prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: . . . . . ./ . . . . . ./. . . . . Semnatura: . . . . . .

*) Se completeaza cu datele unitatii sanitare in care isi desfasoara activitatea medicul de familie pe lista caruia se solicita inscrierea, respectiv semnatura si parafa acestuia.

**) Se bifeaza una din situatiile in care se afla asiguratul

II. CERERE DE INSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

Nr. inregistrare . . . . . ./. . . . . .

VIZAT*)

Unitatea sanitara . . . . . .
CUI . . . . . .
Sediu (localitate, str. nr.) . . . . . Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
Nr. contract/conventie . . . . . Medic de familie . . . . . (semnatura si parafa)

Domnule/Doamna Doctor,

Subsemnatul(a) . . . . . ., cetatenie . . . . . ., C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data nasterii . . . . . ., domiciliat(a) in . . . . . str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., ap. . . . . ., jud./sector . . . . . ., act de identitate . . . . . ., seria . . . . . ., nr. . . . . ., eliberat de . . . . . ., la data . . . . . ., telefon . . . . . ., solicit inscrierea mea pe lista dumneavoastra prin transfer de la medicul de familie . . . . . din unitatea sanitara . . . . . str. . . . . nr. . . . . jud./sector . . . . . ./

Declar pe propria raspundere ca nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima inscriere.

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atesta . . . . . calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare |_| (se va bifa numai de catre persoanele asigurate). Raspund de exactitatea datelor cuprinse in prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: . . . . . ./ . . . . . ./. . . . . Semnatura: . . . . . .

*) Se completeaza cu datele unitatii sanitare in care isi desfasoara activitatea medicul de familie pe lista caruia se solicita transferul, respectiv semnatura si parafa acestuia.

ANEXA Nr. 2B

Furnizor de servicii medicale . . . . . .
Sediul social/Adresa fiscala . . . . . .

DECLARATIE

Subsemnatul(a)*1) . . . . . legitimat(a) cu B.I./C.I. seria . . . . . ., nr. . . . . ., in calitate de

reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca lista cuprinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusa in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2015 este valabila si conforma cu evidentele proprii existente la data de*2) . . . . . .

Subsemnatul(a)*3) . . . . . legitimat(a) cu B.I./C.I. seria . . . . . ., nr. . . . . ., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca lista/listele cuprinzand persoanele inscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusa/depuse in format electronic la Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . in vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara pentru anul 2015 este valabila/sunt valabile si conforma/conforme cu evidentele proprii existente la data de*4) . . . . . ., pentru urmatorii medici de familie:

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

NOTA: *1) Pentru cabinetele medicale individuale

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

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

- cabinet asociat sau grupat
- societate civila medicala
- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare
- cabinet care functioneaza in structura sau in coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie.

Data	Reprezentant legal
. . . . .	(semnatura si stampila)

ANEXA Nr. 2C

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VARSTA SI SEX

Consultatiile preventive sunt consultatii periodice active, oferite persoanelor cu varsta intre 0-18 ani si au ca scop identificarea si interventia in tulburarile de crestere si dezvoltare si in riscurile modificabile specifice pe grupe de varsta/sex.

Evaluarea complexa a copilului pe grupe de varsta/sex va cuprinde urmatoarele:

a. Consultatia preventiva a nou-nascutului la externarea din maternitate si la 1 luna

a1. - la externarea din maternitate:

inregistrare, luare in evidenta pentru probleme depistate la nastere;

examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform varstei); organe genitale, extremitati, morfologie generala, evaluarea hidratarii;

evaluare alimentatiei, observarea tehnicii de alaptare si consiliere pentru alaptare eficienta;

evaluarea conditiilor de igiena (sursa apa) si recomandari;

verificarea efectuarii in maternitate a screening-ului surditatii;

profilaxia rahitismului;

consiliere si suport pentru alaptare exclusiva (inclusiv observarea tehnicii de alaptare si consiliere pentru lactatie);

consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei nationale si a vaccinurilor optionale;

sfaturi de conduita pentru prevenirea accidentelor si alte situatii frecvente la aceasta varsta; consiliere si suport pentru stil de viata favorabil alaptarii (inclusiv psiho-igiena) pentru mama.

a2. - la 1 luna:

masurare: greutate (G), lungime (T), circumferinta craniana - consemnare in graficele de crestere

examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform varstei); organe genitale, extremitati, morfologie generala, evaluarea hidratarii;

evaluare alimentatie, observarea tehnicii de alaptare si consiliere pentru alaptare eficienta

evaluarea conditiilor de igiena (sursa apa) si recomandari

profilaxia rahitismului

consiliere si suport pentru alaptare exclusiva (inclusiv observarea tehnicii de alaptare si consiliere pentru lactatie),

consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei nationale si a vaccinurilor optionale;

sfaturi de conduita pentru prevenirea accidentelor si alte situatii frecvente la aceasta varsta,

consiliere si suport pentru stil de viata favorabil alaptarii (inclusiv psiho-igiena) pentru mama

b. Consultatia preventiva a sugarului la varsta de 2 si 4 luni cuprinde aceleasi examinari ca la consultatia de la 1 luna prevazuta la litera a.2, la care se adauga:

consemnare lungime si greutate pe graficele de crestere corespunzatoare si interpretarea tendintelor dupa scorul z (velocitatea cresterii)

consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie

evaluarea practicilor nutritionale, intarirea mesajelor privind alaptarea si ingrijirea copilului (prevenirea accidentelor si recunoasterea simptomelor care trebuie raportate fara intarziere)

profilaxia anemiei la dismaturi - prematuri incepand cu varsta de 2 luni

identificarea eventualelor deficiente ale dezvoltarii psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat varstei.

Intrebari adresate parintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs va priveste in ochi cand vorbiti cu el?	0	2	1

V-ati gandit ca nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mancare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Intinde mainile sa fie luat in brate?	0	2	1
Se opune cand este luat in brate de dvs?	2	0	1
Participa la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zambeste cand dvs ii zambiti? - intrebare inlocuita la 24 luni cu intrebarea: Foloseste cuvantul "mama" cand va striga?	0	2	1
Poate sa stea singur in patut cand este treaz?	2	0	1
Reactioneaza intotdeauna cand este strigat pe nume?/Intoarce capul cand este strigat?	0	2	1
Observatiile medicului de familie			
Evita privirea directa/Nu sustine contactul vizual	1	0	-
Evidenta lipsa de interes pentru persoane	1	0	-
Dupa 24 de luni: stereotipii motorii (flutura mainile, topaie, merge pe varfuri, se invarte in jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandari
Scor	0 - 6	Risc minim	Nu este necesara monitorizarea ulterioara
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare la varsta copilului de 6 luni, respectiv 9 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere catre medicul de specialitate

			psihiatrie pediatrica

Medicul de familie parcurge toate intrebarile, incepand cu prima intrebare, va nota varianta de raspuns cea mai apropiata de comportamentul copilului mentionata de catre parintele/apartinatorul/tutorele legal al copilului si completeaza ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzator dupa observarea directa a comportamentului copilului.

La sfarsitul completarii chestionarului efectueaza adunarea scorurilor si bifeaza scorul in care se incadreaza copilul in cauza.

Medicul de familie prezinta parintelui/apartinatorului/tutorelui legal atitudinea terapeutica necesara ulterior.

In cazul in care copilul evidentiaza un risc minim, nu este necesara monitorizarea ulterioara.

In cazul in care copilul evidentiaza un risc mediu mediu/sever, medical explica parintelui/apartinatorului/tutorelui legal necesitatea prezentarii la medicul de specialitate psihiatrie pediatrica pentru evaluare complexa si stabilirea terapiei comportamentale si/sau medicamentoase.

c. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 6, 9, 12, 15 si 18 luni cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca si consultatia la 2 si 4 luni prevazuta la litera b, la care se adauga:

evaluare si consiliere privind alimentatia complementara (grafic si tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS),

continuarea alaptarii recomandata de OMS pana la varsta de doi ani

profilaxia anemiei la toti copiii pana la 9 luni inclusiv, evaluarea dezvoltarii dentitiei, recomandari privind profilaxia cariei dentare, igiena orala, administrarea de fluor

evaluare socio-emotionala

evaluare si consiliere pentru activitatea fizica

sfaturi de conduita pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita in afectiunile frecvente la aceste varste

identificarea eventualelor deficiente ale dezvoltarii psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist si se efectueaza conform literei b. Pentru un scor care indica un risc mediu reevaluarea se face la 3 luni, pana la varsta copilului de 18 luni.

d. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani si 5 ani si cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adauga:

evaluarea practicilor nutritionale (anamneza nutritionala adresata parintilor) si consiliere pentru o alimentatie sanatoasa si comportament alimentar sanatos al intregii familii;

continua profilaxia rahitismului numai in perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);

evaluarea dentitiei si igiena orala, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;

evaluare si consiliere pentru activitatea fizica;

evaluare si consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emotionala;

screening-ul tulburarilor de vedere si masurarea TA (cel putin o data in interval);

sfaturi de conduita date mamelor si familiei pentru situatii frecvente la aceasta varsta (prevenirea accidentelor, conduita in afectiunile obisnuite varstei, recunoasterea simptomelor care trebuie raportate fara intarziere);

identificarea eventualelor deficiente ale dezvoltarii psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizeaza arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate in tulburarea de spectru autist; se efectueaza conform literei b, la varsta copilului de 2 ani si 3 ani.

Pentru un scor care indica un risc mediu si sever se recomanda trimiterea catre medicul de specialitate psihiatrie pediatrica.

In cadrul consultatiilor preventive, copii beneficiaza de investigatiile paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 1 lit. a) si nota 2 de la pct.1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigatii.

e. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani, 10 ani si 11 ani, cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adauga:

screening-ul obezitatii prin utilizarea indicelui de masa corporala - (IMC)

evaluarea dezvoltarii pubertare - scala Tanner

mesaje de consiliere tintite pentru copii privind stilul de viata sanatos (activitate fizica, nutritie, prevenire accidente, uzul de substante)

examenul de bilant fundamental, la implinirea varstei de intrare in clasa pregatitoare, cu alcatuirea fisei de inscriere a copilului, care sa cuprinda schema de vaccinare efectuata

In cadrul consultatiilor preventive copiii beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 1 lit. b) si nota 2 de la pct.1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigatii.

f. Consultatia preventiva a copiilor la varsta de 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani si 17 ani cuprinde aceleasi examinari si inregistrari de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adauga:

consiliere si screening ITS, dupa debutul vietii sexuale

screening-ul depresiei

informarea fetelor si parintilor privind beneficiile vaccinarii optionale anti-HPV

consiliere privind stilul de viata sanatos: activitate fizica, nutritie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violenta

consiliere pentru planificare familiala (adolescenti care au inceput viata sexuala)

In cadrul consultatiilor preventive copiii beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 1 lit. c) si nota 2 de la pct.1.2.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigatii.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULTI ASIMPTOMATICI

Consultatia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea si interventia asupra riscurilor modificabile asociate afectiunilor cu pondere importanta asupra poverii

imbolnavirilor: boli cardiovasculare si metabolice, cancer, sanatatea mintala, sanatatea reproducerii.

Evaluarea complexa a riscului individual in functie de varsta/sex se realizeaza prin consultatie si/investigatii specifice consemnate in riscograma.

B1. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu varsta intre 18 si 39 ani

In cadrul consultatiilor preventive asiguratii asimptomatici beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 1 lit. a) si b) si nota 2 de la pct.1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigatii.

Riscograma va cuprinde urmatoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata)

Consemnarea statusului curent privind:

fumatul (pachete/an)

consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat

activitatea fizica

dieta

sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) consta in:

calcularea riscului cardiovascular relativ utilizand diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevazute la punctul 2;

incadrarea pacientilor intr-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

aplicarea masurilor de schimbare a stilului de viata, individualizat, in functie de marimea riscului stabilit;

includerea in sistemul de monitorizare activa a pacientilor cu risc cardiovascular inalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuti)

In riscograma vor fi consemnate urmatoarele:

1. Factorii de risc

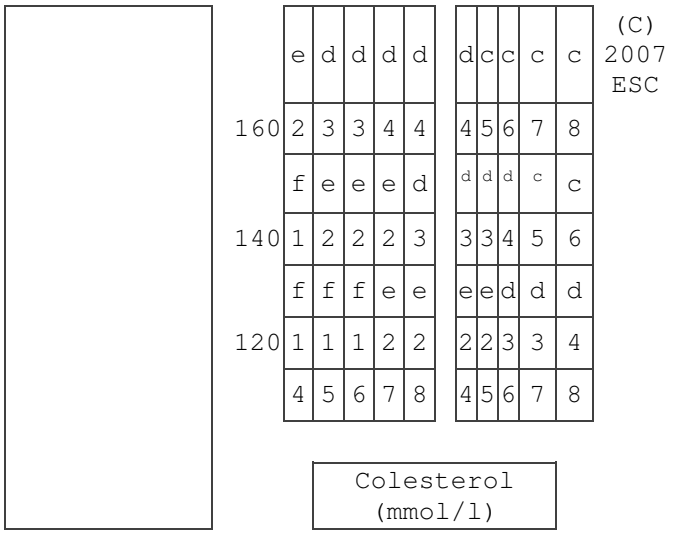
la toti pacientii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara (< 55 ani la barbati, < 65 ani la femei) si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic

colesterolul total si glicemia pentru persoane care prezinta urmatorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic

creatinina serica - toate persoanele cu TA > 140/90

2. Calcularea si comunicarea riscului relativ utilizand Diagrama SCORE de mai jos:

Tensiune arteriala sistolica (mmHg) |		Nefumator					Fumator				
		d	d	d	c	c	c	c	c	b	b
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12



b – rosu inchis
c – rosu
d – portocaliu
e – galben
f – verde

3. Interventii asupra riscurilor modificabile:

persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate dupa cum urmeaza:

– pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% si mai mare 1% – se formuleaza recomandari referitoare la stilul de viata; evaluarea se va realiza anual.

– pentru RCV < 1% reevaluarea riscului total se realizeaza o data la 3 ani.

persoanele cu Risc Risc SCORE >/= 5% sau nivele inalte ale unui singur factor de risc se includ in sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular inalt (monitorizare activa prin consultatii de management de caz).

NOTA: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu urmatoarele afectiuni: boala cardiovasculara deja cunoscuta, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronica renala sau nivele deja cunoscute foarte inalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boala cardiovasculara si necesita managementul integrat al tuturor factorilor de risc in cadrul consultatiilor de monitorizare activa adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

antecedentele personale si heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiatie directa

expunerea profesionala particulara (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viata

2. Interventie asupra riscurilor modificabile:

includerea persoanelor eligibile pentru interventii de screening populational in programele nationale de sanatate adecvate

trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate (risc inalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.)

interventii preventive scadente la populatia cu risc normal:

- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babes-Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sanatatea Mintala

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale si heredocolaterale de adictie la rudele de gradul I prin filiatie directa

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizand chestionarul standardizat cu 3 intrebari pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Intrebari:

1. Cat de des consumati o bautura continand alcool?

a. niciodata - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - 1 punct

c. 2 - 4 ori pe luna - 2 puncte

d. 2 - 3 ori pe saptamana - 3 puncte

e. 4 sau mai multe ori pe saptamana - 4 puncte

2. Cate bauturi standard*) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?

a. una sau doua - 0 puncte

b. trei sau patru - 1 punct

c. cinci sau sase - 2 puncte

d. sapte sau noua - 3 puncte

e. zece sau mai mult - 4 puncte

*) o bautura standard contine 12 g alcool pur si este echivalenta cu 1 doza de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tarie a 40 ml

3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi alcoolice standard la o singura ocazie?

a. niciodata - 0 puncte

b. lunar sau mai rar - 1 punct

c. lunar - 2 puncte

d. saptamanal - 3 puncte

e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la barbati si 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 intrebari indica un consum inadecvat.

d.2 Identificarea persoanelor cu risc inalt de depresie utilizand chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei

1. V-ati pierdut interesul sau placerea pentru activitatile obisnuite in ultima luna ? |_| DA |_| NU

2. V-ati simtit trist, demoralizat sau neajutorat in ultima obisnuite in ultima luna ? |_| DA |_| NU

Raspunsul afirmativ la ambele intrebari indica un risc inalt de depresie si impune trimiterea la consultatii de specialitate de psihiatrie.

2. In riscograma se consemneaza riscul privind consumul de alcool si riscul de depresie

3. Interventii asupra riscurilor:
- Sfat minimal in ceea ce priveste consumul inadecvat de alcool
- Selectarea cazurilor eligibile si trimitere pentru consiliere si consultatii de specialitate

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sanatatea reproducerii

e.1. Obiective:

evitarea sarcinilor nedorite la femeile de varsta fertila (18-39 ani)

planificarea sarcinilor dorite la femeile de varsta fertila (18-39 ani)

evitarea riscurilor de infectii de boli cu transmitere sexuala la populatia cu risc inalt

e.2. In riscograma vor fi consemnate:

la femei 18-39 ani: statusul privind intentia de sarcina, utilizarea unei metode de contraceptie;

femei si barbati de toate varstele: statusul privind situatia de cuplu (partener stabil, partener nou, relatii multiple)

e.3. Interventie asupra riscurilor:

femei 18-39 ani: consiliere in cabinet/planificare familiala pentru femeile care nu doresc sa ramana insarcinate si nu folosesc nicio metoda contraceptiva; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifica o sarcina

consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat)

B.2. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu varsta de 40 de ani si peste

In cadrul consultatiilor preventive asiguratii asimptomatici beneficiaza de investigatii paraclinice - analize de laborator prevazute la nota 1 lit. c) si nota 2 de la pct.1.2.3. din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, daca in anul in care se acorda consultatii preventive de evaluare a riscului individul, nu a efectuat aceste investigatii.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sanatatii (stilul de viata)

consemnarea statusului curent privind:
- fumatul (pachete/an)
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevazut la punctul B1 subpunctul d.1.2.
- activitatea fizica
- dieta

sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) consta in:

calcularea riscului cardiovascular relativ utilizand diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevazuta mai jos;

incadrarea pacientilor intr-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

aplicarea masurilor de schimbare a stilului de viata, individualizat, in functie de marimea riscului stabilit;

includerea in sistemul de monitorizare activa a pacientilor cu risc cardiovascular inalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuti)
- Persoane >/= 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimeaza riscul de eveniment cardiovascular fatal in urmatorii 10 ani)

In riscograma vor fi consemnate urmatoarele:

1. Factorii de risc

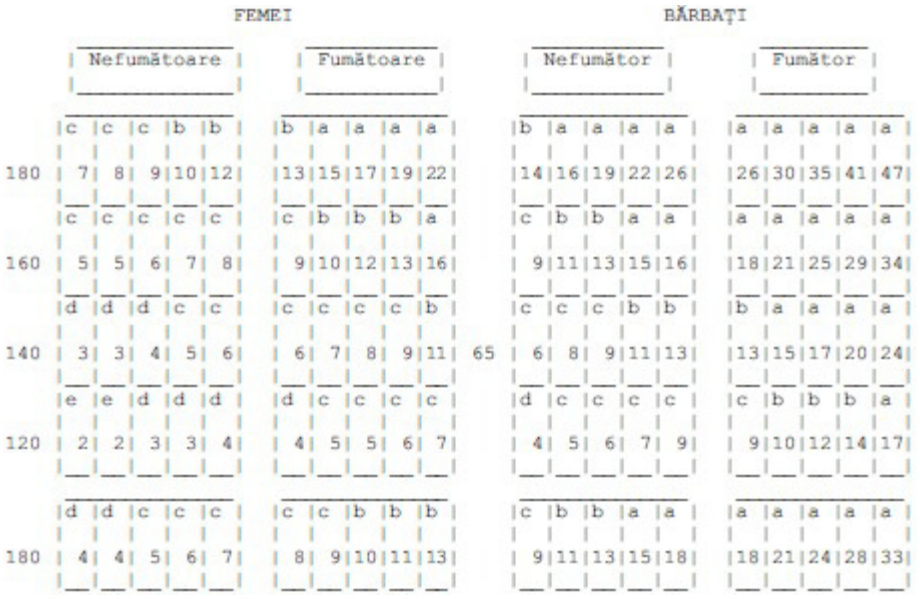
la toti pacientii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara (< 55 ani la

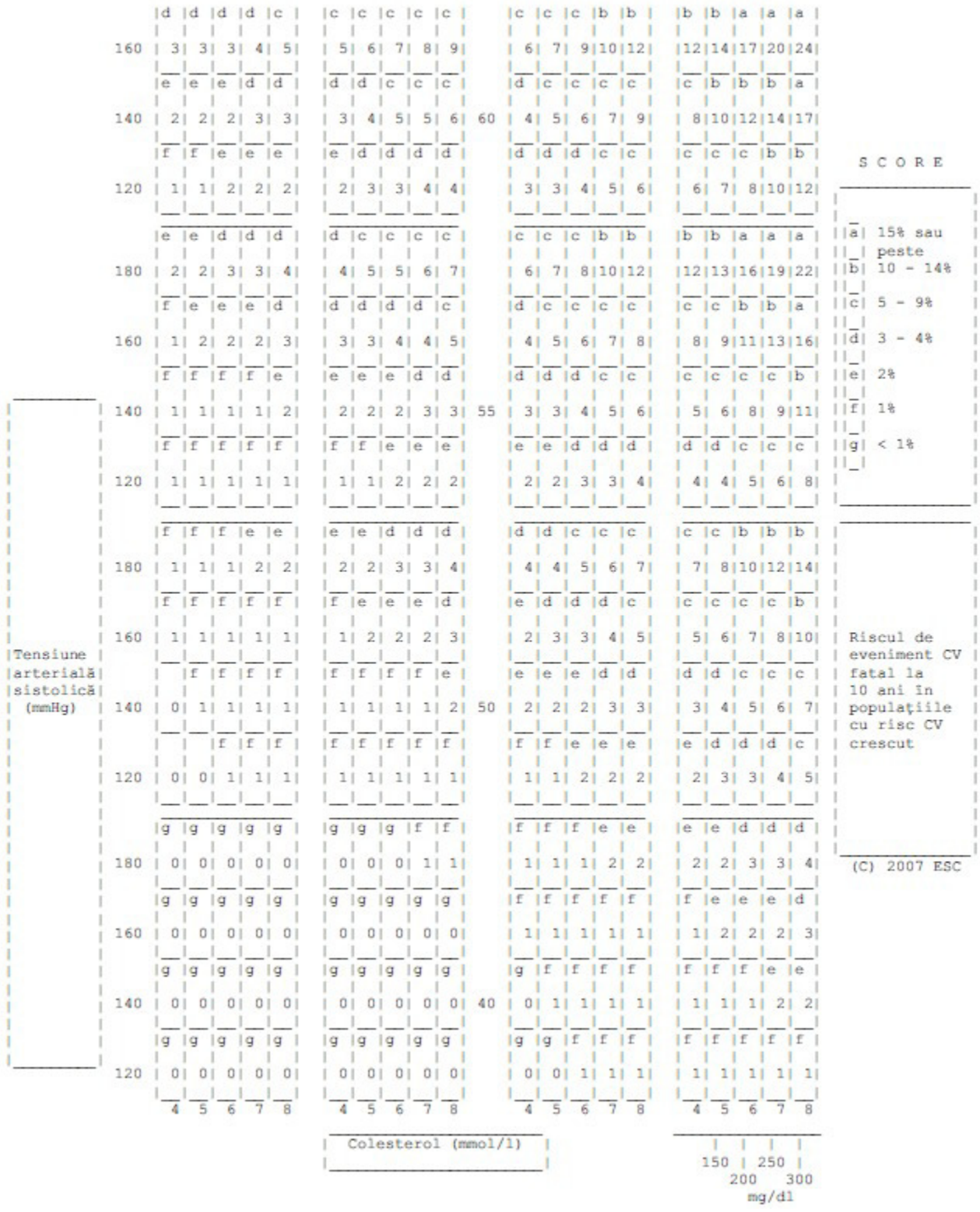
barbati, < 65 ani la femei) si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

colesterolul total pentru barbatii cu varsta mai mare de 40 ani si femeile cu varsta mai mare de 50 ani sau in post-menopauza. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o data la 5 ani.

glicemia pentru persoanele care prezinta urmatorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculara si/sau boli familiale ale metabolismului lipidic

creatinina serica – toate persoanele cu TA > 140/90




Tensiune arterială sistolică (mmHg)
160
140
120
180
160
140
120
180
160
140
120
55
50
40
4 5 6 7 8
Colesterol (mmol/l)
150 200 250 300
mg/dl
SCORE
a 15% sau peste
b 10 - 14%
c 5 - 9%
d 3 - 4%
e 2%
f 1%
g < 1%
Riscul de eveniment CV fatal la 10 ani în populaţiile cu risc CV crescut
(C) 2007 ESC

a – maro
b – rosu inchis c – rosu
d – portocaliu e – galben
f – verde
g – verde inchis

2. Interventii asupra riscurilor modificabile:

persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, dupa cum urmeaza:

– pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% si mai mare 1% se formuleaza recomandari referitoare la stilul de viata evaluarea se va realiza anual.

– pentru RCV < /= 1% reevaluarea riscului total se realizeaza odata la 3 ani.

persoanele cu Risc SCORE >/= 5% sau nivele inalte ale unui singur factor de risc se include in sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular inalt (monitorizare activa prin consultatii de management de caz).

NOTA: sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu urmatoarele afectiuni: boala cardiovasculara deja cunoscuta, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronica renala sau nivele deja cunoscute foarte inalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boala cardiovasculara si necesita managementul integrat al tuturor factorilor de risc in cadrul consultatiilor de monitorizare activa adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

In riscograma vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

antecedentele personale si heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiatie directa

expunerea profesionala particulara (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viata

antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse in programele nationale de sanatate

2. Interventie asupra riscurilor modificabile:

includerea persoanelor eligibile pentru interventii de screening populational in programele nationale de sanatate adecvate

trimiterea persoanelor cu risc inalt pentru evaluare si monitorizare de specialitate (risc inalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.)

interventii preventive scadente la populatia cu risc normal:

– femei 40-64 ani – data ultimului test Babes Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sanatatea Mintala

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale si heredo-colaterale de adictie (rudele de gradul I prin filiatie directa)

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizand chestionarul standardizat cu 3 intrebari pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Intrebari:

1. Cat de des consumati o bautura continand alcool?
a. niciodata – 0 puncte
b. lunar sau mai rar – 1 punct
c. 2 – 4 ori pe luna – 2 puncte
d. 2 – 3 ori pe saptamana – 3 puncte
e. 4 sau mai multe ori pe saptamana – 4 puncte
2. Cate bauturi standard*) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti?
a. una sau doua – 0 puncte
b. trei sau patru – 1 punct
c. cinci sau sase – 2 puncte
d. sapte sau noua – 3 puncte
e. zece sau mai mult – 4 puncte
*) o bautura standard contine 12 g alcool pur si este echivalenta cu 1 doza de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tarie a 40 ml

3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi alcoolice standard la o singura ocazie?
a. niciodata – 0 puncte
b. lunar sau mai rar – 1 punct
c. lunar – 2 puncte
d. saptamanal – 3 puncte
e. zilnic sau aproape zilnic – 4 puncte
Un scor mai mare de 4 la barbati si 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 intrebari indica un consum inadecvat.
d.2. Identificarea persoanelor cu risc inalt de depresie utilizand chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei de mai jos.
Chestionarul standardizat cu 2 intrebari pentru screening-ul depresiei
1. V-ati pierdut interesul sau placerea pentru activitatile obisnuite in ultima luna ? |_| DA |_| NU
2. V-ati simtit trist, demoralizat sau neajutorat in ultima luna? |_| DA |_| NU
Raspunsul afirmativ la ambele intrebari indica un risc inalt de depresie si impune trimiterea la consultatii de specialitate de psihiatrie.
In riscograma se consemneaza riscul privind consumul de alcool si riscul de depresie.
Interventii asupra riscurilor:
- sfat minimal in ceea ce priveste consumul inadecvat de alcool
- selectarea cazurilor eligibile si trimitere pentru consiliere si consultatii de specialitate
e. Riscuri semnificative legate de sanatatea reproducerii
e.1. Obiective:
evitarea sarcinilor nedorite la femeile de varsta fertila (40-44 ani)
consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de varsta fertila (40-44 ani)
evitarea riscurilor de infectii de boli cu transmitere sexuala la populatia cu risc inalt
e.2. In riscograma vor fi consemnate:
La femei 40-44 ani: statusul privind intentia de sarcina, utilizarea unei metode de contraceptie

e.3. Interventie asupra riscurilor:

Femei 40-44 ani - consiliere in cabinet/planificare familiala pentru femeile care nu doresc sa ramana insarcinate si nu folosesc nicio metoda contraceptiva; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifica o sarcina

NOTA : In cadrul consultatiei preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere in ambulatoriu pentru specialitatile clinice, bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptii medicale pentru profilaxia anemiei la gravide si a rahitismului si anemiei la sugari, utilizand codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boala.

ANEXA Nr. 2D

Casa de asigurari de sanatate
. . . . . .
Furnizorul de servicii medicale
. . . . . .
Localitate . . . . . .
. .
Judet . . . . . .

Reprezentantul legal al furnizorului
. . . . . .
Medic de familie/
Medic de specialitate din ambulatoriu
. . . . . .
(nume prenume)
CNP medic de familie/
medic de specialitate din ambulatoriu
. . . . . .

LISTA PERSOANELOR CU AFECTIUNI CRONICE PENTRU CARE SE ORGANIZEAZA EVIDENTA DISTINCTA LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE/MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU

Nr. crt.	Cod numeric personal/ Cod unic de asigurare/ Numar de identificare personal	Varsta*)	Data intrarii in evidenta medicului de familie/ medicului de specialitate din ambulatoriul
1. HTA			
1.			

2.			
. . .			
2. Diabetul zaharat tip II			
1.			
2.			
. . .			
3. Dislipidemie			
1.			
2.			
. . .			
4. BPOC			
1.			
2			
. . .			
5. Astm bronsic			
1.			
2			
. . .			
6. Boala cronica de rinichi			
1.			
2			
. . .			

*) Se va mentiona varsta implinita a persoanei cu afectiune cronica. Pentru asiguratii 0-1 an se va completa varsta in luni.

NOTE:

1. In situatia in care o persoana prezinta mai multe afectiuni incluse in lista, evidenta va contine raportarea distincta pentru fiecare afectiune in parte.

2. In cazul medicului de familie, evidenta cuprinde toate persoanele care sunt inscrise pe lista medicului de familie si care prezinta una sau mai multe din afectiunile enumerate.

3. In cazul medicului de specialitate din ambulatoriu, evidenta cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale in vigoare si care se prezinta pentru consultatie la medicul de specialitate respectiv, in vederea controlului periodic.

4. Formularul se transmite in format electronic la casa de asigurari de sanatate in vederea contractarii, de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale.

5. Datele se vor completa cu majuscule.

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor
Reprezentantul legal al furnizorului,
. . . . . .
Data: . . . . . .

ANEXA Nr. 3
– model –

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale in asistenta medicala primara

I. Partile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., tel./fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . .,

si

Cabinetul medical de asistenta medicala primara . . . . . ., organizat astfel:

– cabinet individual . . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . . ., reprezentat prin medicul titular . . . . . .

– cabinet asociat sau grupat . . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . . ., reprezentat prin medicul delegat . . . . . .

– societate civila medicala . . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . . ., reprezentata prin administratorul . . . . . .

– unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit Legii societatilor nr. 31/1990 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare . . . . . ., reprezentata prin . . . . . .,

– cabinet care functioneaza in structura sau in coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie . . . . . ., cu sau fara punct secundar de lucru . . . . . ., reprezentat prin . . . . . .

avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., adresa e-mail . . . . . ., si sediul punctului secundar de lucru in localitatea . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., adresa e-mail . . . . . .

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ . . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a Hotararii Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. – Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul de servicii medicale de baza si in pachetul minimal de servicii prevazute in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 3. – Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, precum si pentru pacientii din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, de catre urmatorii medici de familie:

1. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie;

2. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, inscrise pe lista proprie, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie;

3. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 6. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

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

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si

contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu, acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in format electronic – SIUI, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate inscrise pe lista, iar lunar, in vederea actualizarii listelor proprii, sa actualizeze in format electronic – SIUI, lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat si persoanele nou- asigurate intrate pe lista, in conditiile legii;

k) sa faca publica valoarea definitiva a punctului per capita si pe serviciu, rezultata in urma regularizarii trimestriale, valorile fondurilor aprobate in trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita si per serviciu, prin afisare atat la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acesteia de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, precum si numarul total la nivel national de puncte realizate trimestrial, atat per capita, cat si pe serviciu, afisat pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

l) sa tina evidenta distincta a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au incheiate contracte de furnizare de servicii medicale, in functie de casele de asigurari de sanatate la care acestia se afla in evidenta. Pentru asiguratii care se afla in evidenta Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si care sunt inscrisi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, confirmarea calitatii de asigurat se face de Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, pe baza de tabel centralizator transmis lunar, atat pe suport hartie, cat si in format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se afla in evidenta caselor de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti si care sunt inscrise pe listele medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, confirmarea dreptului de asigurare se face de catre casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, pe baza de tabel centralizator transmis lunar, atat pe suport hartie, cat si in format electronic;

m) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de familie au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara dupa caz;

n) sa monitorizeze perioadele de absenta a medicilor de familie pentru care inlocuirea se asigura pe baza de reciprocitate pentru perioada cumulata de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

p) sa aduca la cunostinta persoanelor inscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii in aplicare a reglementarilor prevazute la art. 12 alin. (1) – (3) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, posibilitatea de a opta pentru inscrierea pe listele altor medici de familie si sa puna la dispozitia acestora lista medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si a cabinetelor medicale in care acestia isi desfasoara activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. – Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se

implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea de urgenta, medicul de familie elibereaza o scrisoare medicala in acest sens;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acesta se implementeaza;

n) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

o) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, cat si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

r) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

v) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice, si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

w) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor.

y) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

z) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

aa) sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, in limita competentei profesionale, comunicand caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate, precum si sa actualizeze lista proprie in functie de comunicarile transmise de casele de asigurari de sanatate;

ac) sa inscrie din oficiu copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris; inscrierea nou-nascutului va fi efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inscrierea pe lista proprie in cazul medicilor care utilizeaza semnatura electronica;

ad) sa inscrie pe lista proprie gravidele si lehuzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora;

ae) sa nu refuze inscrierea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a apartinatorilor legali, si nici inscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/ Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia; in situatia in care nu se respecta aceasta obligatie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurari de sanatate cu care furnizorul a incheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreste sa plece, prin eliminarea asiguratului de pe lista. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului national de asigurari sociale de sanatate si a cererii de inscriere prin transfer. Pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de constiinta refuza cardul national sau pentru persoanele carora li se va emite card national duplicat, precum si pentru copii 0-18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere prin transfer.

Asiguratul isi poate schimba medicul de familie inaintea expirarii termenului de 6 luni, in urmatoarele situatii: decesul medicului pe lista caruia se afla inscris, medicul de familie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate si in situatia in care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista caruia se afla inscris;

ag) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, unele materiale sanitare, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin

prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandarile formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandarile vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; in situatia in care medicul de familie prescrie medicamente cu si fara contributie personala la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul prin scrisoare medicala;

In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, inscris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera, prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit in anexa nr. 22 C la

Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ah) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ai) sa intocmeasca bilet de trimitere catre societati de turism balnear si de recuperare si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

aj) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiuni cronice si sa raporteze in format electronic aceasta evidenta casei de asigurari de sanatate, atat la contractare - lista, cat si modificarile ulterioare privind miscarea lunara a bolnavilor cronici. Conditiile desfasurarii acestei activitati si lista afectiunilor cronice sunt prevazute in anexa nr. 2 D la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ak) in cazul incetarii/rezilierii contractului/conventiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/conventia incheiat/incheiata cu casa de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara sunt obligati sa anunte casele de asigurari de sanatate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale in vigoare, catre medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost inscrise pe listele medicului/medicilor si care nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

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

am) sa recomande servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale in vigoare;

an) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ao) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare;

asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ap) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

aq) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 8. – Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoana asigurata

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

1.2. Medic nou-venit in localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 11 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare:

DA/NU . . . . . .

1.3. Medic nou-venit in localitate - unitate administrativ-teritoriala/zona urbana

- in sistemul de asigurari sociale de sanatate, in conditiile prevederilor art. 14 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare care incheie contract dupa expirarea conventiei de furnizare de servicii medicale, conventie incheiata pe o perioada de maximum 3 luni:

DA/NU . . . . . .

Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare: de la . . . . . pana la . . . . . .

1.4. Valoarea minima garantata a punctului "per capita", unica pe tara, este de 4 lei, valabila pentru anul 2015.

1.5. Numarul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), dupa caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare se ajusteaza in raport:

a) cu conditiile in care isi desfasoara activitatea medicul de familie: . . . . . .%*):

*) Pentru cabinetele medicale organizate in localitatile care se gasesc total sau partial in aria Rezervatiei Biosferei "Delta Dunarii" se aplica un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obtinut potrivit Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . .; in conditiile in care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabileste un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zona pentru fiecare situatie.

b) cu gradul profesional:

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

1.6. In situatia in care numarul de persoane asigurate inscrise pe lista medicului de familie depaseste 2.200 si numarul de puncte "per capita"/an depaseste 18.700 puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se reduce dupa cum urmeaza:

1.6.1. - cu 25%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 18.701 - 22.000;

1.6.2. - cu 50%, cand numarul de puncte "per capita"/an este cuprins intre 22.001 - 26.000;

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

Numarul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile ulterioare, care au cel putin un medic angajat cu norma intreaga si pentru cabinetele medicale care se afla intr-o unitate administrativ-teritoriala/zona urbana cu deficit din punct de vedere al prezentei medicului de familie, stabilite de catre comisia prevazuta la art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, se reduce dupa cum urmeaza:

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 18.700, dar nu mai mult de 22.000puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 25%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 50%;

- pentru medicii de familie care au inscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurati si un numar de puncte/an ce depaseste 30.000 puncte, numarul de puncte ce depaseste acest nivel se diminueaza cu 75%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat in puncte, pentru unele servicii medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enuntate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

2.2. Valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unica pe tara si este de 1,9 lei, valabila pentru anul 2015.

3. Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Cod numeric personal . . . . . .

Gradul profesional . . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . . .

Programul de lucru . . . . . .

Medic de familie angajat*)

*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Cod numeric personal . . . . . .

Gradul profesional . . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . . .

Programul de lucru . . . . . .

1. Asistent medical/sora medicala/moasa

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Cod numeric personal . . . . . .

2. . . . . . .

b) Medic de familie

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Cod numeric personal . . . . . .

Gradul profesional . . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . . .

Programul de lucru . . . . . .

Medic de familie angajat*)

*) In cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .
Cod numeric personal . . . . . .
Gradul profesional . . . . . .
Codul de parafa al medicului . . . . . .
Programul de lucru . . . . . .
1. Asistent medical/sora medicala/moasa
Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .
Cod numeric personal . . . . . .
2. . . . . . .
c) . . . . . .

Art. 9. – (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie, la valoarea minima garantata pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, depuse/transmise lunar de catre furnizor la casa de asigurari de sanatate, la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(2) Pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului se face decontarea drepturilor banesti ale medicilor de familie ca urmare a regularizarilor in functie de valoarea definitiva a punctului per capita si a punctului pe serviciu medical.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract si nerespectarea art. 11 alin. (2) din anexa 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j) – u), w), y), aa) – ae), ah), aj), al) si am), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, inclusiv prescriere de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, acolo unde este cazul, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului si pentru

unele materiale sanitare, precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 7 lit. ag), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(5) In cazul in care in derularea contractului se constata in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(6) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. ap), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% valoarea minima garantata a unui punct per capita, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(7) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (6), nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. ap) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(8) Retinerea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (3) - (6) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(10) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (3) - (6) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(11) Pentru cazurile prevazute la alin. (3) - (6), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 11. - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

Art. 12. – Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Rezilierea, incetarea si suspendarea contractului

Art. 13. – Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a

medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 7 lit. z) si af) si a nerespectarii obligatiei prevazuta la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

j) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 9 alin. (3), (4) si (6) pentru oricare situatie, precum si odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurii prevazute la art. 9 alin. (5).

Art. 14. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 15 lit. a) - cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

f) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind urmatoarea situatie: in cazul in care numarul persoanelor asigurate inscrise la un medic de familie se mentine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numarul minim stabilit pe unitate administrativ-teritoriala/zona urbana de catre comisia constituita potrivit art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru situatiile in care se justifica aceasta decizie.

g) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa in cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 3 luni de la incheierea contractului nu a inscris numarul minim de asigurati conform prevederilor legale in vigoare, cu exceptia situatiilor stabilite de comisia constituita potrivit prevederilor art. 1 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile

si completarile ulterioare, pentru situatiile in care se justifica aceasta decizie.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) – (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 15. – Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 2 alin. (1) lit. a) – c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se

face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Art. 16. – Situatiile prevazute la art. 13 si la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) – a5) si lit. f) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatiile prevazute la art. 14 alin. (1) lit. a) – subpct. a1) si lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate, cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 17. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 18. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 19. – Valoarea definitiva a unui punct per capita si a unui punct pe serviciu medical este cea calculata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu este element de negociere intre parti.

Art. 20. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Art. 21. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 22. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi . . . . . in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Presedinte - director general,	Reprezentant legal,
. . . . .	. . . . .
Director executiv al Directiei economice,	
. . . . .	
Director executiv al Directiei relatii contractuale,	
. . . . .	
Vizat	
Juridic, Contencios	
. . . . .	

ACT ADITIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen si pelvis), spirometrie si/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie.

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .

CONVENTIE DE INLOCUIRE*)
(anexa la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara nr. . . . . .)
intre reprezentantul legal al cabinetului medical si medicul inlocuitor

I. Partile conventiei de inlocuire:
Dr. . . . . ., (numele si prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judet/sector . . . . . ., telefon: fix, mobil, ... adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . ., cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr. . . . . ., incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cont nr. . . . . deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. . . . . deschis la Banca . . . . . ., cod

de identificare fiscala - cod unic de inregistrare . . . . . .
sau codul numeric personal al reprezentantului legal . . . . . .
.

Medicul inlocuit . . . . . (numele si prenumele)
si
Medic inlocuitor . . . . . ., (numele si prenumele)
Codul de parafa . . . . . .
Codul numeric personal . . . . . .
cu Licenta de inlocuire temporara ca medic de familie nr. . . . . .
. . . . .

II. Obiectul conventiei:

1. Preluarea activitatii medicale a medicului de familie . . . . . .
. . . ., cu contractul nr. . . . . ., pentru o perioada de
absenta de . . . . . ., de catre medicul de familie . . . . . .
. . . . .

2. Prezenta conventie se depune la casa de asigurari de sanatate odata cu inregistrarea primei perioade de absenta in cadrul derularii contractului si se actualizeaza, dupa caz.

III. Motivele absentei

1. incapacitate temporara de munca in limita a doua luni/an . . . .
. . . . . .

2. vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare/an calendaristic . . . . . .

3. studii medicale de specialitate pentru o perioada de maximum doua luni/an . . . . . .

4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica, alese sau numite, in limita a doua luni/an . . . . . .

5. participari la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Romania, in limita a doua luni/an . . . . . .

6. citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective.

IV. Locul de desfasurare a activitatii

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical - (al medicului inlocuit) - . . . . . .

V. Obligatiile medicului inlocuitor

Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie inlocuit si casa de asigurari de sanatate.

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului inlocuit.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor

1. Venitul "per capita" si pe serviciu medical pentru perioada de absenta se vireaza de Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
in contul titularului contractului nr. . . . . ., acesta obligandu-se sa achite medicului inlocuitor . . . . . .
lei/luna.

2. Termenul de plata . . . . . .

3. Documentul de plata . . . . . .

VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi, . . .
. . . . . ., in 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act

aditional la contractul nr. . . . . al medicului inlocuit si cate un exemplar revine partilor semnatare.

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

*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta in limita a doua luni/an.

Vizat,
Casa de Asigurari de Sanatate

CONVENTIE DE RECIPROCITATE*)
incheiata in conformitate cu prevederile Art. 3 (3) din Anexa 2 a Ordinului nr. privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a HG 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare

I. Partile conventiei de reciprocitate:
Dr. . . . . ., cu CNP . . . . . ., reprezentant legal al cabinetului medical . . . . . ., C.U.I. . . . . ., cu sediul in localitatea . . . . . ., adresa cabinetului medical . . . . . judetul . . . . . ., telefon: . . . . . ., avand contractul nr. . . . . de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., in calitate de medic inlocuit.
si
Dr. . . . . ., cu CNP . . . . . ., reprezentant legal al cabinetului medical . . . . . ., C.U.I. . . . . ., cu sediul in localitatea . . . . . ., adresa cabinetului medical judetul . . . . . ., telefon: . . . . . ., avand contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . nr. . . . . ., in calitate de medic inlocuitor.

II. Obiectul conventiei:
Preluarea activitatii medicale in perioada . . . . . ., pentru un nr. de . . . . . zile lucratoare.

III. Motivele absentei

1. incapacitate temporara de munca in limita a doua luni/an . . . . . .

2. vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare/an calendaristic . . . . . .

3. studii medicale de specialitate pentru o perioada de maximum doua luni/an . . . . . .

4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica, alese sau numite, in limita a doua luni/an . . . . . .

5. participari la manifestari organizate pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, in scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre Colegiul Medicilor din Romania, in limita a doua luni/an . . . . . .

6. citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective.

IV. Locul de desfasurare a activitatii:

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical . . . . . ., adresa cabinetului . . . . . ., medicul inlocuitor prelungindu-si programul de lucru dupa necesitati.

V. Obligatiile medicului inlocuitor:

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii si formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului inlocuit.

VI. Prezenta convention de inlocuire a fost incheiata astazi, ..., in 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adi'ional la contractul nr . . . . . .si cate un exemplar revine partilor semnatare.

Medic inlocuit, Medic inlocuitor,

*) Conventia de reciprocitate se incheie pentru perioade de absenta mai mici de 30 de zile lucratoare.

Inlocuirea medicului absent pe baza de reciprocitate se face pentru o perioada cumulata de maximum 60 de zile calendaristice, pe an calendaristic.

Pentru situatiile de inlocuire pe baza de reciprocitate, medicul de familie inlocuit va depune la casa de asigurari de sanatate, cu cel putin o zi lucratoare anterior perioadei de absenta, un exemplar al conventiei de reciprocitate si va afisa la cabinetul medical numele si programul medicului inlocuitor, precum si adresa cabinetului unde isi desfasoara activitatea.

ANEXA Nr. 5
– model –

CONVENTIE DE INLOCUIRE*)
(anexa la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara nr. . . . . .) intre casa de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor

I. Partile conventiei de inlocuire:

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . .

. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon: fix, mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .

pentru

Medicul inlocuit . . . . . (numele si prenumele)

din cabinetul medical . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr. . . . . ., incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cont nr. . . . . deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. . . . . deschis la Banca . . . . . ., cod de identificare fiscala - cod unic de inregistrare . . . . . ., al carui reprezentant legal este:

. . . . . ., (numele si prenumele)

avand codul numeric personal nr. . . . . .

si

Medic inlocuitor . . . . . ., (numele si prenumele)

Codul de parafa . . . . . .

Codul numeric personal . . . . . .

Licenta de inlocuire temporara ca medic de familie nr. . . . . sau contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara incheiat cu casa de asigurari de sanatate nr. . . . . .

II. Obiectul conventiei

Preluarea activitatii medicale a medicului de familie . . . . . ., cu contract nr. . . . . ., pentru o perioada de absenta de . . . . . ., de catre medicul de familie . . . . . .

III. Motivele absentei:

1. incapacitate temporara de munca, care depaseste doua luni/an . . . . . .

2. concediu de sarcina sau lehuzie . . . . . .

3. concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului in varsta de pana la 2 ani . . . . . .

4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, care depaseste doua luni/an . . . . . .

5. perioada in care unul dintre soti il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate . . . . . .

6. perioada de rezidentiat in specialitatea medicina de familie sau alte studii medicale de specialitate . . . . . .

7. concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului cu handicap pana la implinirea de catre acesta a varstei de 3 ani

IV. Locul de desfasurare a activitatii

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical (al medicului inlocuit) . . . . . .

Programul de activitate al medicului inlocuitor se va stabili in conformitate cu programul de lucru al cabinetului in care isi desfasoara activitatea.**)

V. Obligatiile medicului inlocuitor

Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie inlocuit si casa de asigurari de sanatate.

Medicul inlocuitor are obligatia fata de cabinetul medical al medicului inlocuit de a suporta cheltuielile de administrare si de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului in care isi desfasoara activitatea, formularele cu regim special ale medicului inlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului inlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului inlocuit.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor

1. Veniturile "per capita" si pe serviciu aferente perioadei de absenta se vireaza de casa de asigurari de sanatate in contul medicului inlocuitor nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . ./Trezoreria statului.

2. Pentru punctajul "per capita" si punctajul pe serviciu, se va lua in calcul gradul profesional al medicului inlocuitor pentru perioada de valabilitate a conventiei.

3. Termenul de plata . . . . . .

4. Documentul de plata . . . . . .

VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi, ..., in doua exemplare, dintre care un exemplar devine act aditional la contractul nr. . . . . al medicului inlocuit si un exemplar revine medicului inlocuitor.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte - director general, ... Director executiv al Directiei economice . . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	Medicul inlocuitor, ... De acord, Reprezentant legal al cabinetului medical***) . . . . .

*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta mai mari de doua luni/an.

**) Pentru situatia in care preluarea activitatii s-a facut de catre un medic aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, programul de activitate al medicului inlocuitor se prelungeste corespunzator, in functie de necesitati.

***) Cu exceptia situatiilor in care acesta se afla in imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA Nr. 6
- model -

CONVENTIE DE FURNIZARE
de servicii medicale in asistenta medicala primara

I. Partile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . .,

si

Unitatea sanitara de asistenta medicala primara . . . . . ., cu sau fara punct de lucru secundar . . . . . ., reprezentata prin . . . . . ., avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., et. . . ., ap. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., si sediul punctului de lucru secundar in comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., telefon: fix/mobil . . . . . ., adresa de e-mail . . . . . .

II. Obiectul conventiei

Art. 1. – Obiectul prezentei conventii il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a Hotararii Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Servicii medicale furnizate

Art. 2. – (1) Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetulde servicii medicale de baza si in pachetul minimal de servicii medicale prevazute in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetele de servicii medicale, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, precum si pentru pacientii din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, de catre urmatorii medici de familie:

1. . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai

formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie;

2. . . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie;

3. . . . . . , avand un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un numar de . . . . . persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de baza, un numar de . . . . . persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE 883/2004, inscrise pe lista proprie.

IV. Durata conventiei

Art. 3. – Prezenta conventie este valabila o perioada de maximum 3 luni de la data incheierii.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 4. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie conventii numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii conventiilor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in conventie, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de incheiere a conventiilor a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e- mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

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

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu, acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice furnizorilor motivarea in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de familie au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara dupa caz;

k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa aduca la cunostinta persoanelor inscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii in aplicare a reglementarilor prevazute la art. 12 alin. (1) - (3) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, posibilitatea de a opta pentru inscrierea pe listele altor medici de familie si sa puna la dispozitia acestora lista medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si a cabinetelor medicale in care acestia isi desfasoara activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

Art. 5. – Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform conventiei de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si a Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul conventiei cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea de urgenta, medicul de familie elibereaza o scrisoare medicala in acest sens;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii conventiei de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la

data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii conventiei;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul conventiei cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul conventiei cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

o) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

r) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de

sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

v) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice, si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

w) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a conventiei dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

y) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

z) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

aa) sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, in limita competentei profesionale, comunicand caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale;

ab) sa isi constituie o lista proprie cuprinzand persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale si sa comunice lunar casei de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora le-a acordat servicii medicale;

ac) sa inscrie din oficiu copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris; inscrierea nou-nascutului va fi efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inscrierea pe lista proprie in cazul medicilor care utilizeaza semnatura electronica;

ad) sa inscrie pe lista proprie gravidele si lehuzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora;

ae) sa nu refuze inscrierea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a apartinatorilor legali, si nici inscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

af) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, unele materiale sanitare, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandarile formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandarile vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; in situatia in care medicul de familie prescrie medicamente cu si fara contributie personala la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul prin scrisoare medicala;

In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata inscris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie

de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera, prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit in anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ag) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ah) sa intocmeasca bilet de trimitere catre societati de turism balnear si de recuperare si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

ai) sa organizeze la nivelul cabinetului evidenta bolnavilor cu afectiunile cronice prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si sa raporteze aceasta evidenta la casa de asigurari de sanatate, la sfarsitul primei luni - lista cat si modificarile ulterioare privind miscarea lunara a bolnavilor cronici. Conditiile desfasurarii acestei activitati si lista afectiunilor cronice sunt prevazute in anexa nr. 2 D la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

aj) in cazul incetarii/rezilierii conventiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara sunt obligati sa anunte casele de asigurari de sanatate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale in vigoare, catre medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost inscrise pe listele medicului/medicilor si care nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

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

al) sa recomande servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale in vigoare;

am) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

an) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ao) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ap) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 6. – (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala primara pentru medicii nou-veniti sunt:

Medicii de familie nou-veniti intr-o localitate beneficiaza de un venit format din:

a) o suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut de medic, la care se aplica ajustarile prevazute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, egala cu venitul medicului respectiv, stabilita potrivit lit. a), inmultit cu 1,5.

(2) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie nou-venit in componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat conventia:

a) Medic de familie nou-venit

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Codul numeric personal . . . . . .

Gradul profesional . . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . . .

Programul de lucru . . . . . .

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) . . . . . lei Sporul acordat in raport cu conditiile in care isi desfasoara activitatea . . . . . .%

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit . . . . . lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plateste la data de . . . . . ., pe baza facturii si a documentelor necesare decontarii depuse lunar de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . . .

b) Medic de familie nou-venit

Numele . . . . . ., prenumele . . . . . .

Codul numeric personal . . . . . .

Gradul profesional . . . . . .

Codul de parafa al medicului . . . . . .

Programul de lucru . . . . . .

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) . . . . . lei Sporul acordat in raport cu conditiile in care isi desfasoara activitatea . . . . . .%

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit . . . . . lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plateste la data de . . . . . ., pe baza facturii si a documentelor necesare decontarii depuse lunar de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

c) . . . . . .

. . . . . .

Art. 7. - (1) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a

programului de lucru prevazut in conventie, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

(2) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 5 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), aa) - ae), ag), ai), ak) si al), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, inclusiv prescriere de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, acolo unde este cazul, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului si pentru unele materiale sanitare, precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 5 lit. af), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea conventiei se constata in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate ca serviciile raportate conform conventiei in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea conventiei se constata nerespectarea obligatiei de la art. 5 lit. ao), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% suma stabilita potrivit art. 14 lit. a) si b) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 5 lit. ao) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(6) Retinerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(9) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Art. 8. - Serviciile medicale furnizate in baza prezentei conventii trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 9. - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

Art. 10. - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii conventiei si care impiedica executarea acesteia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea conventiei

Art. 11. - Conventia de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii conventiei de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform conventiei, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform conventiilor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform conventiei in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in conventia cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, conventia se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 5 lit. z) si a nerespectarii obligatiei prevazuta la art. 6 alin. (2) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

j) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 7 alin. (1), (2) si (4) pentru oricare situatie, precum si odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurii prevazute la art. 7 alin. (3).

Art. 12. - (1) Conventia de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de

sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea conventiei, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a conventiei in conditiile art. 13 lit. a) - cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care conventia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin conventia incheiata, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii conventiei.

(3) In cazul in care conventia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din conventie a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract/conventie de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii conventiei.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in conventie, prevederile alin. (2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 13. - Conventia se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 2 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 5 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Art. 14. – Situatiile prevazute la art. 11 si la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2) – a5) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatiile prevazute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) si lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

XI. Corespondenta

Art. 15. – Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in conventie.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea conventiei

Art. 16. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 17. – Daca o clauza a acestei conventii ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale conventiei nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului conventiei.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 18. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentei conventii vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

. . . . . .

Prezenta conventie de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiata astazi, ..., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte – director general, ... Director executiv al Directiei economice . . . . . . Director executiv al Directiei relatii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Reprezentant legal, ...

ACT ADITIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen si pelvis), spirometrie si/sau efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate efectuate de medicii de familie.

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 7

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI DE BAZA DE SERVICII MEDICALE ACORDATE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala

1.2. consultatii pentru supravegherea si depistarea de boli cu potential endemo-epidemic

1.3 consultatii de supraveghere a evolutiei sarcinii si lehuziei

1.1. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta – anamneza, examen clinic si tratament – se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care medicul de specialitate acorda primul ajutor si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei

administrative nr. 2021/691/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA: Consultatia include toate serviciile medicale necesare, in limita competentei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situatiei care pune in pericol viata pacientului si/sau bilet de trimitere pentru internare in spital pentru cazurile care depasesc posibilitatile de rezolvare in ambulatoriul de specialitate.

1.1.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potential endemo-epidemic - include, dupa caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemo-epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 1186/2000.

1.2.1. Se acorda o singura consultatie per persoana pentru fiecare boala cu potential endemo - epidemic suspicionata si confirmata.

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

1.3. Consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lehuziei - o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrica ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale, suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ACORDATE IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale - consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala,

1.2 servicii medicale curative - consultatii pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale bolilor cronice

1.3. servicii medicale curative - consultatii pentru afectiuni cronice

1.4. depistarea de boli cu potential endemo-epidemic

1.5. servicii de planificare familiala

1.6. servicii diagnostice si terapeutice

1.7. servicii de sanatate conexe actului medical

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii si lehuziei

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala

asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate. Asistenta medicala de urgenta se refera la cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei

administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, pentru care medicul de specialitate acorda primul ajutor si daca este cazul, asigura trimiterea pacientului catre structurile de urgenta specializate sau solicita serviciile de ambulanta, precum si la cazurile de cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, cu exceptia copiilor 0-18 ani pentru care se deconteaza maximum 2 consultatii.

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta, organizata conform legii. Pentru copiii cu varsta cuprinsa intre 0 - 16 ani, care se prezinta in regim de urgenta la medicii din specialitatile clinice, acestia pot elibera prescriptii medicale pentru o perioada de 3 zile.

Cazurile de urgenta medico-chirurgicala care se trimit catre structurile de urgenta specializate, inclusiv cele pentru care se solicita serviciile de ambulanta, sunt consemnate ca "urgenta" de catre medicul de specialitate in documentele de evidenta de la nivelul cabinetului, inclusiv medicatia si procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, dupa caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Consultatia medicala de specialitate pentru afectiuni acute si subacute precum si acutizari ale bolilor cronice, cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;
- recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;
- bilet de internare, dupa caz;
- bilet de trimitere catre alte specialitati, dupa caz;
- bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, dupa caz;
- eliberare de concediu medical, dupa caz.

1.2.1. Pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta/acutizari ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se deconteaza maximum 3 consultatii pe asigurat, intr-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordarii primei consultatii, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de catre medicul de specialitate din specialitatile clinice.

1.2.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile

in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala – contract sau conventie – cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite in anexa nr. 13, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie in vederea stabilirii diagnosticului si/sau tratamentului, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se deconteaza maximum doua consultatii pentru:

– urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii

– efectuarea unor manevre terapeutice

– dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situatiile prevazute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3. Consultatia medicala de specialitate pentru afectiuni cronice, cuprinde:

– anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

– unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;

– stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice;

– recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

– recomandare pentru dispozitive medicale, dupa caz;

– evaluare clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei bolnavilor cu afectiuni cronice, in limita competentelor, trimestrial sau, dupa caz, lunar, conform prevederilor legale in vigoare.

– bilet de trimitere catre alte specialitati/internare, dupa caz.

– eliberare de concediu medical, dupa caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice tratate in cadrul aceleiasi specialitati, se deconteaza pe un bilet de trimitere maximum 4 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna.

1.3.2. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile in care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie si numai in conditiile in care medicul trimitator se afla in relatie contractuala – contract sau conventie – cu casa de asigurari de sanatate. Fac exceptie de la prevederile anterioare consultatiile pentru afectiunile stabilite in anexa nr. 13 care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia si a patra consultatie in cadrul unui trimestru, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acorda maximum doua consultatii pentru:

- urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii
- efectuarea unor manevre terapeutice
- dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit initial precum si orice modificare a acestuia, la momentul in care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situatiile de la 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asiguratii care au bilet de trimitere de la medicul de familie – consultatie management de caz, – in cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular – HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice – astm bronsic si BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acorda consultatie si efectueaza in cabinet proceduri prevazute in pachetul de servicii medicale de baza pentru specialitatile clinice/recomanda investigatii paraclinice suplimentare fata de cele recomandate de medicul de familie. In biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, se evidentiaza "management de caz". Se deconteaza maximum 2 consultatii/semestru daca in biletul de trimitere este evidentiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.4. Depistarea de boli cu potential endemo-epidemic – examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemo- epidemic sunt cele prevazute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000.

1.4.1. Se deconteaza o singura consultatie per persoana asigurata pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata.

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

1.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

a) consilierea femeii privind planificarea familiala;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc.

c) evaluarea si monitorizarea statusului genito-mamar;

d) tratamentul complicatiilor.

1.5.1. Consultatia poate cuprinde, dupa caz, numai serviciul prevazut la litera a) sau serviciile prevazute la literele a), b), c) si d) si se deconteaza patru consultatii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familiala permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Servicii diagnostice si terapeutice

1.6.1. Interpretarea ecografiei generale – abdomen si pelvis – si EKG-ului standard ce pot fi furnizate la distanta prin sisteme de telemedicina rurala dezvoltate de Ministerul Sanatatii, in vederea acordarii, nu necesita bilet de trimitere.

1.6.2. Procedurile diagnostice si terapeutice, punctajul aferent si specialitatile care pot efectua serviciul in ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate in tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedura diagnostica/terapeutica/ tratamente/terapii	Specialitati clinice care pot efectua serviciul respectiv
A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte		
1.	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia*)	oftalmologie, neurologie si neurologie pediatrica numai pentru oftalmoscopie*)
2.	biometrie	oftalmologie
3.	explorarea campului vizual (perimetrie computerizata)	oftalmologie
4.	recoltare pentru test Babes-Papanicolau	obstetrica-ginecologie
5.	EKG standard	cardiologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie
6.	peak-flowmetrie	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna
7.	spirometrie	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, pediatrie
8.	pulsoximetrie	medicina interna, geriatrie si gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
9.	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv si negativ)	alergologie si imunologie clinica
10.	teste de provocare nazala, oculara, bronsica	alergologie si imunologie clinica
11.	teste cutanate cu agenti fizici (maximum 4 teste)	alergologie si imunologie clinica
12.	test la ser autolog	alergologie si

		imunologie clinica
13.	testare cutanata la anestezice locale	alergologie si imunologie clinica, geriatrie si gerontologie
14.	testare cutanata alergologica patch (alergia de contact)	alergologie si imunologie clinica
15.	examinare cu lampa wood	dermatovenerologie
16.	determinarea indicelui de presiune glezna/brat, respectiv deget/brat	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrica, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, medicina interna, geriatrie si gerontologie
17.	masurarea fortei musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrica, geriatrie si gerontologie
18.	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilitatii calorice si testul sensibilitatii discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatrica, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, medicina interna, geriatrie si gerontologie
19.	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMSE, Reisberg)	neurologie, neurologie pediatrica, psihiatrie, geriatrie si gerontologie
20	recoltare material bioptic	dermatovenerologie
B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte		
1.	determinarea refractiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2.	tonometrie; pahimetrie corneeana	oftalmologie
3.	explorarea functiei binoculare (test worth, maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4.	foniatrie	ORL

5.	audiograma*) *) include audiometrie tonala liminara si/sau vocala	ORL
6.	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7.	dermatoscopie	dermatovenerologie
8.	electrocardiografie continua (24 de ore, holter)	cardiologie, medicina interna
9.	tensiune arteriala continua (holter TA)	cardiologie, medicina interna
10.	EKG de efort la persoanele fara risc cardiovascular inalt	cardiologie
11.	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrica
12.	spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie
13.	osteodensitometrie segmentara cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie si gerontologie
C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte		
1.	examen electroneuromiografic cu ac	neurologie, neurologie pediatrica
2.	determinarea potentialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrica, oftalmologie, ORL
3.	examen electroencefalografic cu probe de stimulare si/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrica
4.	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic si duplex)	neurologie, neurologie pediatrica
5.	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale si tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrica
6.	endoscopie digestiva superioara (esofag, stomac, duoden) cu sau fara biopsie, dupa caz	gastroenterologie, alte specialitati clinice pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/ atestatului de

		studii complementare
7.	endoscopie digestiva inferioara (rect, sigmoid, colon) cu sau fara biopsie, dupa caz	gastroenterologie, alte specialitati clinice pentru care medicii trebuie sa faca dovada detinerii competentei/ atestatului de studii complementare
8.	colposcopia	obstetrica-ginecologie
9.	monitorizare hemodinamica prin metoda bioimpedantei toracice	cardiologie, medicina interna, nefrologie
D. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte		
1.	extractie de corpi straini - conjunctiva, cornee, sclera, segment anterior	oftalmologie
2.	incizia glandei lacrimale si sacului lacrimal	oftalmologie
3.	tratamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4.	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5.	sutura unei plagi de pleoapa, conjunctiva	oftalmologie
6.	injectare subconjunctivala, retrobulbara de medicamente	oftalmologie
7.	criocoagularea (crioaplicatia) conjunctivala	oftalmologie
8.	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9.	tamponament posterior si/sau anterior ORL	ORL
10.	extractie corpi straini: coduct auditiv extern, nas, faringe	ORL
11.	aspiratia si lavajul sinusului nazal prin punctie	ORL
12.	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13.	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL

14.	terapia chirurgicala a afectiunilor mamare superficiale	obstetrica-ginecologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
15.	insertia dispozitivului intrauterin	obstetrica-ginecologie
16.	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17.	crioterapia in leziuni cutanate	dermatovenerologie
18.	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plagi taiate superficial, intepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plagi (anestezie, excizie, sutura inclusiv indepartarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie
19.	terapia chirurgicala a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
20.	terapia chirurgicala a degeraturilor de grad I si II	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
21.	terapia chirurgicala a leziunilor externe prin agenti chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
22.	terapia chirurgicala a panaritiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
23.	terapia chirurgicala a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
24.	terapia chirurgicala a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si

		microchirurgie reconstructiva
25.	terapia chirurgicala a abcesului (de parti moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generala
26.	terapia chirurgicala a panaritiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie generala,, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica
27.	terapia chirurgicala a hidrosadenitei	chirurgie generala,, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
28.	terapia chirurgicala a edemului dur si seromului posttraumatic	chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
29.	terapia chirurgicala a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptura pachet varicos	chirurgie generala, chirurgie vasculara,, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
30.	terapia chirurgicala a granulomului ombilical	chirurgie generala,, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
31.	terapia chirurgicala a supuratiilor postoperatorii	chirurgie generala, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva
32.	tratamentul plagilor	chirurgie generala + toate specialitati chirurgicale
33.	terapia chirurgicala a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrica, chirurgie generala

34.	tratament postoperator al plagilor abdominale, al interventiilor chirurgicale dupa cezariana, sarcina extrauterina operata, histerectomie, endometrioza	obstetrica-ginecologie
E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe - punctaj 25 puncte		
1.	tratamentul chirurgical al unor afectiuni ale anexelor globului ocular (salazion, tumori benigne care nu necesita plastii intinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2.	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3.	tratament chirurgical ORL colectie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul cai aeriene externe/conduct auditiv extern, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4.	extragere fibroscopica de corpi straini din caile respiratorii superioare	ORL
5.	manevre de mica chirurgie pentru abces si/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetatii vulva, vagin, col	obstetrica-ginecologie
6.	cauterizare de col uterin	obstetrica-ginecologie
7.	diatermocoagularea colului uterin	obstetrica-ginecologie
8.	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie
9.	terapia chirurgicala complexa a panaritiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie
10.	terapia chirurgicala a flegmoanelor	chirurgie
11.	terapia chirurgicala a hematomului	chirurgie
12.	dilatatia stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13.	criocoagularea (crioaplicatia) transsclerala	oftalmologie
F. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple - punctaj 7 puncte		
1.	aerosoli/sedinta (maxim 3 sedinte)	alergologie si imunologie clinica, pneumologie, pediatrie, ORL
2.	toaleta auriculara unilateral (2 proceduri)	ORL

3.	administrare tratament prin injectarea partilor moi (intramuscular, intradermic si subcutanat)	toate specialitatile
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie - punctaj 11 puncte		
1.	fotochimioterapie (uva) cu oxoralen locala sau generala/sedinta (maxim 4 sedinte)	dermatovenerologie
2.	fotochimioterapie (uvb cu spectru ingust)/sedinta (maxim 4 sedinte)	dermatovenerologie
3.	mezoterapia - injectare terapeutica paravertebrala si periartriculara	neurologie, neurologie pediatrica, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie si gerontologie
4.	probe de repozitionare vestibulara	ORL, neurologie, neurologie pediatrica
5.	imunoterapie specifica cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie si imunologie clinica
6.	administrare tratament prin punctie intravenoasa	toate specialitatile
7.	Infiltratii nervoase regionale	anestezie si terapie intensiva, oftalmologie, ORL, chirurgie generala, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, obstetrica-ginecologie, chirurgie plastica estetica si microchirurgie reconstructiva, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculara
8.	Instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlate de pacient	anestezie si terapie intensiva
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe - punctaj 14 puncte		
1.	punctii si infiltratii intraarticulare	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reumatologie, geriatrie si

		gerontologie
2.	instilatia uterotubara terapeutica	obstetrica-ginecologie
3.	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinica)	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrica
I. Tratamente ortopedice medicale - punctaj 20 puncte		
1.	tratamentul ortopedic al luxatiei, entorsei sau fracturii antebratului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
2.	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxatiei patelei, umarului; disjunctie acromioclaviculara; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acuta de genunchi; ruptura musculara	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
3.	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxatiei, entorsei de genunchi, fracturii de gamba cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie generala
4.	tratament in displazia luxanta a soldului in primele 6 luni de viata	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica
5.	tratamentul piciorului stramb congenital in primele 3 luni de viata	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica
6.	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, chirurgie pediatrica

J. Terapii psihiatrice – punctaj 30 puncte		
1.	consiliere psihiatrica nespecifica individuala si familiala	psihiatrie si psihiatrie pediatrica
2.	psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv- compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii)	psihiatrie si psihiatrie pediatrica
3.	psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv- compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii, tulburari din spectrul autist)	psihiatrie si psihiatrie pediatrica
4.	terapia cognitiv-comportamentala	psihiatrie si psihiatrie pediatrica
K. Terapii genetica medicala- punctaj 30 puncte		
1.	Sfat genetic	genetica medicala

NOTA : Pentru efectuarea procedurilor care necesita dotare cu aparatura, furnizorii trebuie sa faca dovada detinerii legale a acestora si medicii sa aiba atestat/competenta corespunzatoare, dupa caz.

1.7. Servicii de sanatate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica, psihoterapie si psihopedagogie speciala – logopezi si kinetoterapeuti si pot face obiectul contractelor incheiate de casele de asigurari de sanatate cu medicii de specialitate, cu urmatoarele specialitati clinice:

- neurologie si neurologie pediatrica;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie si psihiatrie pediatrica;
- ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica;
- reumatologie;
- oncologie medicala;
- diabet zaharat, nutritie si boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de sanatate conexe actului medical si punctajele corespunzatoare:

a) neurologie si neurologie pediatrica

a1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

a1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic 30 puncte/sedinta

a1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adult 30 puncte/sedinta

a1.3) psihoterapie pentru copii/adult 30 puncte/sedinta

a2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala logoped:

consiliere/interventie de psihopedagogie speciala – logoped 15 puncte/sedinta

a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut, in conditiile prevazute la punctul 1.7.2

a3.1) kinetoterapie individuala 30 puncte

a3.2) kinetoterapie de grup 15 puncte

a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: 15 puncte

- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate

b) Otorinolaringologie:

b1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

b1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic 30 puncte/sedinta

b1.2) consiliere psihologica clinica 30 puncte/sedinta

b2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala – logoped:

b2.1) consiliere/interventie de psihopedagogie speciala – logoped 15 puncte/sedinta

b2.2) exercitii pentru tulburari de vorbire (sedinta) 15 puncte/sedinta

c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrica:

c1) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie:

c1.1) evaluare psihologica clinica si psihodiagnostic 30 puncte/sedinta

c1.2) consiliere psihologica clinica pentru copii/adult 30 puncte/sedinta

c1.3) consiliere psihologica clinica pentru copii diagnosticati cu tulburari din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) – intr-o metoda psihoterapeutica aplicabila copilului diagnosticat cu tulburari din spectrul autist 30 puncte/sedinta

c1.4) psihoterapia copilului si familiei – pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) – intr-o metoda psihoterapeutica aplicabila copilului diagnosticat cu tulburari din spectrul autist 30 puncte/sedinta

c2) serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala – logoped

- consiliere/interventie de psihopedagogie speciala – logoped 15 puncte/sedinta

c3) Servicii furnizate de kinetoterapeut (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrica) pentru copilul diagnosticat cu tulburari din spectrul autist in conditiile prevazute la punctul 1.7.2:

c3.1) kinetoterapie individuala 30 puncte

c3.2) kinetoterapie de grup 15 puncte

c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: 15 puncte

- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate

d) Reumatologie in conditiile prevazute la punctul 1.7.2

Servicii furnizate de kinetoterapeut:

d1) kinetoterapie individuala 30 puncte

d2) kinetoterapie de grup 15 puncte

d3) kinetoterapie pe aparate speciale: 15 puncte

- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice

- dispozitive robotizate

e) Ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica in conditiile prevazute la punctul 1.7.2

Servicii furnizate de kinetoterapeut:

e1) kinetoterapie individuala 30 puncte

e2) kinetoterapie de grup 15 puncte

e3) kinetoterapie pe: aparate speciale: 15 puncte

- dispozitive mecanice
- dispozitive electromecanice
- dispozitive robotizate

f) Oncologie medicala

Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice 30 puncte/sedinta

g) Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice

Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu diagnostic confirmat de diabet zaharat 30 puncte/sedinta

h) Hematologie

Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu afectiuni oncologice 30 puncte/sedinta

i) Nefrologie

Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie: consiliere psihologica clinica pentru copii si adulti cu insuficienta renala cronica - dializa 30 puncte/sedinta

1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acorda conform unui plan recomandat de medicul de reabilitare medicala prin scrisoare medicala.

1.7.3. Serviciile furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie sau in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped, se acorda la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicala, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinica si psiholog/logoped.

1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii si lehuziei - o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere.

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

2. Lista specialitatilor clinice pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	
1	Alergologie si imunologie clinica
2	Boli infectioase
3	Cardiologie
4	Chirurgie cardiovasculara

5	Chirurgie generala
6	Chirurgie pediatrica
7	Chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva
8	Chirurgie toracica
9	Dermatovenerologie
10	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice
11	Endocrinologie
12	Gastroenterologie
13	Genetica medicala
14	Geriatrie si gerontologie
15	Hematologie
16	Medicina interna
17	Nefrologie
18	Neonatologie
19	Neurochirurgie
20	Neurologie
21	Neurologie pediatrica
22	Oncologie medicala
23	Obstetrica-ginecologie
24	Oftalmologie
25	Otorinolaringologie
26	Ortopedie si traumatologie
27	Ortopedie pediatrica
28	Pediatrie
29	Pneumologie
30	Psihiatrie
31	Psihiatrie pediatrica
32	Reumatologie
33	Urologie
34	Chirurgie vasculara
35	Radioterapia
36	Chirurgie orala si maxilo-faciala

37	Anestezie si terapie intensiva

3. Biletul de trimitere pentru specialitatile clinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare. Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului, care il depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice pastreaza la cabinet exemplarul biletului de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitatile clinice de la data la care acesta se implementeaza.

4. La contractare furnizorul depune lista cu asiguratii fiecarui medic de specialitate, aflati in evidenta cu urmatoarele boli cronice: HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva (BPOC) si boala cronica de rinichi, conform modelului prevazut in anexa nr. 2 D la ordin. Lunar, se raporteaza modificarile intervenite/miscarea lunara/intrari/iesiri, utilizand formularele de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

5. Cazurile noi depistate pe parcursul derularii contractului, care se prezinta cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidentiat management de caz, cu urmatoarele boli cronice HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva (BPOC) si boala cronica de rinichi si pentru care se face management de caz, se raporteaza lunar modificarile intervenite/miscarea lunara/intrari/iesiri utilizand formularele de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

6. Numarul de puncte pe consultatie, valabil pentru pachetele de servicii:

	Numar puncte pentru specialitati medicale	Numar puncte pentru specialitati chirurgicale
a. Consultatia copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultatia de psihiatrie si psihiatrie pediatrica a copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani	32,40 puncte	-
c. Consultatia peste varsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultatia de psihiatrie si psihiatrie pediatrica peste varsta de 4 ani	21,60 puncte	-
e. Consultatia de planificare familiala	10,80 puncte	-
f. Consultatia de neurologie a copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 3 ani	21,60 puncte	-
g. Consultatia de neurologie peste varsta de 4 ani	14,40 puncte	-

Incadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupa de varsta in alta se realizeaza la implinirea varstei (de exemplu: copil cu varsta

de 4 ani impliniti se incadreaza in grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu varsta de 60 de ani si peste, numarul de puncte corespunzator consultatiei se majoreaza cu 2 puncte.

Consultatiile de la lit. a – d si f – g din tabelul de mai sus si punctajele aferente sunt corespunzatoare si consultatiilor ce sunt furnizate la distanta prin sisteme de telemedicina rurala dezvoltate de Ministerul Sanatatii. In cadrul acestor consultatii este cuprinsa si interpretarea investigatiilor medicale paraclinice ecografie generala – abdomen si pelvis si EKG, transmise de medicii de familie prin sistemul de telemedicina.

7. Pentru competenta/atestatul de studii complementare in planificare familiala se poate incheia contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotararii Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si a prezentului ordin.

8. Medicii de specialitate din specialitatile clinice pot efectua ecografii cuprinse in anexa nr. 17 la ordin ca o consecinta a actului medical propriu pentru asiguratii pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului sau pe baza de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie in limita competentei si a dotarilor necesare; decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice in limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie cu casele de asigurari de sanatate acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

9. In situatia in care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat.

10. Servicii de acupunctura – consultatii, cura de tratament

In baza competentei/atestatului de studii complementare in acupunctura se poate incheia contract de furnizare de servicii de acupunctura in ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice.

10.1. Consultatia de acupunctura: se acorda o singura consultatie pentru fiecare cura de tratament cu un tarif de 13 lei.

10.2. Cura de tratament/caz: se acorda maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, dupa care asiguratul plateste integral serviciile medicale. O cura de tratament reprezinta in medie 10 zile de tratament si in medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical – caz pentru serviciile medicale de acupunctura de care beneficiaza un asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura este de 140 lei.

10.3. Consultatiile de acupunctura se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

C. PACHETUL DE SERVICII IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE

MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pachetul de servicii este cel prevazut la lit. B din prezenta anexa.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevazut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 si 1.2 si la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexa.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, pachetul de servicii este cel prevazut la lit. B din prezenta anexa, sau dupa caz, de serviciile medicale prevazute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 si 1.2 din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la lit. B din prezenta anexa, se acorda numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

ANEXA Nr. 8

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice si acupunctura

Art. 1. – Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice si acupunctura se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat in puncte sau in lei.

Art. 2. – (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza medicilor de specialitate din specialitatile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat in puncte prevazute in anexa nr. 7 la ordin, daca aceste servicii sunt efectuate in cabinetele medicale

in care acestia isi desfasoara activitatea si interpretate de medicii respectivi, luand in calcul numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si valoarea stabilita pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sanatatii, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii, care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical sau care sunt in relatie contractuala cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicala serviciile respective, servicii efectuate de acestia si cuprinse in anexa nr. 7 la ordin, daca sunt considerate indispensabile in stabilirea diagnosticului si a conduitei terapeutice.

Art. 3. – (1) Numarul total de puncte raportat pentru consultatiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitatile clinice, planificare familiala nu poate depasi numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

a) pentru specialitati clinice si pentru medicii care lucreaza exclusiv in planificare familiala, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 28 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrica, unui program de lucru d e 7 ore/zi ii corespunde un numar de 14 consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrica, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 21 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 20 de minute);

c) pentru specialitatile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depasi, dupa caz, 150/153/154 puncte in medie pe zi corespunzator unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialitatile clinice, in vederea asigurarii calitatii serviciilor medicale, in cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 153 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultatii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrica, se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 150 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultatii; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrica, se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate servicii medicale corespunzatoare unui punctaj de 154 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultatii.

In situatia in care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/saptamana, punctajul aferent numarului de consultatii, servicii medicale creste sau scade corespunzator.

In situatia in care adresabilitatea asiguratilor la cabinetul medical depaseste nivelul prevederilor mentionate mai sus se vor intocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

(2) Serviciile de sanatate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, in vederea decontarii de casele de asigurari de sanatate cu care acestia sunt in relatie contractuala.

Punctajul aferent serviciilor de sanatate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai multi asigurati indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depasi 90 de puncte in medie pe zi, cuvenite celui/celor care le presteaza, reprezentand servicii conexe, cu exceptia medicului de specialitate psihiatrie pediatrica pentru care punctajul nu poate depasi 150 de puncte in medie pe zi.

Pentru desfasurarea activitatii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relatii contractuale cu unul sau mai multi furnizori de servicii de sanatate conexe.

Pentru desfasurarea activitatii, furnizorul de servicii de sanatate conexe poate avea relatii contractuale cu unul sau mai multi medici din specialitatile clinice care pot solicita servicii de sanatate conexe.

Pentru asigurarea calitatii in furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, incheiate cu casele de asigurari de sanatate, se vor anexa: acte doveditoare privind relatia contractuala dintre furnizorul de servicii medicale clinice si furnizorul de servicii de sanatate conexe actului medical, din care sa reiasa ca isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii in cabinetul de practica organizat conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata si modificata prin Legea nr. 598/2001 si dupa caz organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de libera practica, infiintarea, organizarea si functionarea Colegiului Psihologilor din Romania, acte doveditoare care sa contina datele de identitate ale persoanelor care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical, avizul de libera practica/atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din Romania, dupa caz, programul de activitate si tipul de servicii de sanatate conexe conform anexei nr. 7 la ordin si certificatul de inregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004.

Art. 4. – (1) Suma cuvenita lunar medicilor de specialitate din specialitatile clinice se calculeaza prin inmultirea numarului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, in luna respectiva, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numarul total de puncte realizat in fiecare luna se majoreaza in raport cu:

a) conditiile in care se desfasoara activitatea – majorarea este cu pana la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare.

Lista cuprinzand cabinetele medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate la care se aplica majorarile de mai sus si procentul de majorare corespunzator se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate mai sus mentionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar, numarul total de puncte se majoreaza cu 20%. Aceasta majorare nu se aplica medicilor care lucreaza exclusiv in planificare familiala, precum si furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical. Recalcularea numarului total de puncte se face din luna urmatoare lunii in care s-a depus la casa de asigurari de sanatate dovada confirmarii gradului profesional.

(3) Valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical este unica pe tara si este in valoare de 1,8 lei.

(4) Valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical se stabileste trimestrial, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, ca raport intre fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitatile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte si numarul de puncte realizat in trimestrul respectiv si reprezinta valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical, unica pe tara pentru trimestrul respectiv.

(5) Fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice se defalcheaza pe trimestre.

Art. 5. – (1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaza la sfarsitul trimestrului, odata cu recalcularea drepturilor banesti cuvenite medicilor de specialitate din specialitatile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru, in cazul specialitatilor clinice, se corecteaza pana la sfarsitul anului astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat intr-un trimestru anterior se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea definitiva a punctului stabilita pentru trimestrul in care s-a produs eroarea, sumele respective afectand fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul in care s-a constatat eroarea si, implicit, valoarea definitiva a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza in aceleasi conditii cu cele din cursul anului curent.

(4) Pentru asigurarea calitatii furnizarii serviciilor medicale, pentru asiguratii care prezinta unul sau mai multe diagnostice, prevazute in anexa nr. 13 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile in care acestea vor fi efectuate, raportate si validate conform reglementarilor legale in vigoare. Exceptie fac situatiile in care asiguratul solicita in nume propriu si in scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

Art. 6. – (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctura cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere numarul de consultatii de acupunctura, respectiv tariful pe consultatie de 13 lei si numarul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

(2) In vederea contractarii numarului de consultatii de acupunctura si a numarului de servicii medicale-caz se au in vedere urmatoarele:

a) numarul de consultatii de acupunctura acordate in cabinetul medical nu poate depasi numarul de consultatii de acupunctura rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare ca pentru o consultatie de acupunctura este necesara o durata de 15 minute in medie. Pentru fiecare caz casa de asigurari de sanatate deconteaza o singura consultatie pentru o cura de tratament. Asiguratii, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, dupa care asiguratul plateste integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctura – caz, se contracteaza si se raporteaza in vederea decontarii maximum 2 cure/an calendaristic, o cura

reprezentand in medie 10 zile de tratament, dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctura-consultatii si cure de tratament se suporta din fondul aferent asistentei medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu.

(4) Decontarea lunara a serviciilor medicale de acupunctura se face pe baza numarului de servicii medicale - caz finalizate si a numarului de consultatii de acupunctura si a tarifelor pe cura respectiv pe consultatie, in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul incheiat de furnizor cu casa de asigurari de sanatate.

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8,5, decontarea lunara a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x numar mediu al zilelor de tratament realizate/10 (numar mediu zile de tratament contractat). Numarul mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna se calculeaza impartind numarul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzatoare cazurilor finalizate la numarul de servicii de acupunctura - cazuri finalizate si raportate in luna respectiva.

In situatia in care o cura de tratament in acupunctura se intrerupe, furnizorul are obligatia sa anunte casa de asigurari de sanatate despre intreruperea curei, motivul intreruperii si numarul de zile efectuat fata de cel recomandat, odata cu raportarea lunara a activitatii realizate conform contractului. O cura de tratament in acupunctura intrerupta se considera o cura finalizata.

(5) Tarifele au avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultatii de acupunctura si cazurilor - cure de acupunctura.

Art. 7. - (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice si acupunctura factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si depune/transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

Art. 8. - Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate in specialitatile clinice si acupunctura, care nu se regasesc in anexa nr. 7 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinet, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat. In aceste situatii furnizorii de servicii medicale nu elibereaza bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

Medicii din specialitatile clinice incaseaza contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii medicale. In situatia in care asiguratul se prezinta fara bilet de trimitere, medicii din specialitatile clinice nu au dreptul de a elibera bilete de

trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asiguratii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, medicii elibereaza bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic nu se incadreaza in numarul maxim de consultatii stabilit conform programului de lucru prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 9. – (1) In cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati medici, precum si alte categorii de personal, in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare, cu exceptia persoanelor care isi desfasoara activitatea in cabinete organizate conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001. Medicii angajati nu raporteaza activitate medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatile clinice, acupunctura si planificare familiala pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, utilizand formularul de prescriptie medicala electronica/formularul de prescriptie medicala cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, dupa caz si semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente. Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru specialitatile clinice, acupunctura si planificare familiala, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementarilor in vigoare pot raporta in vederea decontarii numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum si servicii de sanatate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

Art. 10. – Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati si casa de asigurari de sanatate.

Art. 11. – (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale clinice si acupunctura acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitati clinice, cu exceptia cazurilor de urgenta medico-chirurgicala, consultatiilor pentru afectiunile prevazute in anexa nr. 13 la ordin si serviciilor de planificare familiala care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza

biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu.

Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitati clinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare si are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin exceptie, biletele de trimitere pentru specialitati clinice pentru afectiunile cuprinse in unele programe nationale de sanatate: diabetul si bolile de nutritie precum si cele pentru afectiunile oncologice, au valabilitate de pana la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru specialitati clinice este de pana la 60 zile calendaristice.

Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului, care il depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice si acupunctura pastreaza biletul de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialitati clinice recomandate de medicul de familie, care are evidentiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitati clinice de la data la care acesta se implementeaza.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice si acupunctura au obligatia sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare.

(5) Furnizorul de servicii medicale clinice recomanda investigatii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare din care un exemplar ramane la medicul care prescrie investigatiile si un exemplar il inmaneaza asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigatii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza. In situatia in care intr-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat in relatie contractuala cu

casa de asigurari de sanatate, se recolteaza proba/probe in vederea efectuarii unor examinari histopatologice-citologice in regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere raman la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va insoti proba/probele recoltate pe care medicul le trimite la furnizorul de investigatii paraclinice de anatomie-patologica. La momentul recoltarii probei/probelor, asiguratul declara pe proprie raspundere ca nu se afla internat intr- o forma de spitalizare (continua sau de zi).

Art. 12. - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 8A
- model -

Furnizor de servicii medicale . . . . . .
Medic . . . . . .
Specialitatea . . . . . .
Contract incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
. .
Nr. contract . . . . . .

FISA DE MONITORIZARE
in cazul bolnavilor cronici in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice si reabilitare medicala

Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Data nasterii: . . . . . .
Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cod unic de asigurare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Sex: M/F
Adresa: . . . . . .
Diagnostic: . . . . . .
Data luarii in evidenta: . . . . . .
Comorbiditati: . . . . . .
Factori de risc: . . . . . .

Data programarii Examinari clinice	Data realizarii	Concluzii/ Recomandari/ Tratament	Semnatura, parafa si stampila

Investigatii paraclinice

Tip investigatie	Data programarii	Rezultat/Data efectuarii/Concluzii	Semnatura, parafa si stampila

ANEXA Nr. 9
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice si acupunctura

I. Partile contractante
Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .,
si
- Cabinetul medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare
- cabinetul individual . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin medicul titular . . . . . .;
- cabinetul asociat sau grupat . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin medicul delegat . . . . . .;
- societatea civila medicala . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . .

. . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin administratorul . . . . . .;

- Unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . .;

- Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . .;

- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . . ., inclusiv a spitalului din reteaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic si tratament, centrul medical si centrul de sanatate multifunctional - unitati medicale cu personalitate juridica . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . .;

- Unitatea sanitara fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte.

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice si acupunctura, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei

Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul . . . . . ./2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Art. 2. – Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice si acupunctura acorda asiguratilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii de baza si in pachetul minimal de servicii medicale prevazut in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in urmatoarele specialitati si competente/atestate de studii complementare – pentru acupunctura si planificare familiala:

a) . . . . . .;

b) . . . . . .

Art. 3. – Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice si acupunctura se face de catre urmatorii medici:

1. . . . . .;

2. . . . . .;

3. . . . . .;

4. . . . . .;

. . . . . .

IV. Durata contractului

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 6. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca public in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi

in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

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

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa faca publica valoarea definitiva a punctului, rezultata in urma regularizarii trimestriale, prin afisare atat la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acesteia de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, precum si numarul total la nivel national de puncte realizat trimestrial, prin afisare pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice si acupunctura acordate de medici conform specialitatii clinice si competente/atestate de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sanatatii si care au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, dupa caz, in conditiile prevazute in anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

m) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical si tarif pe serviciu medical consultatie/caz, in conditiile stabilite in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

Art. 7. – Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ . . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si tratate in ambulatoriu; pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu

potential endemo-epidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea de urgenta, medicul de specialitate elibereaza o scrisoare medicala in acest sens;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica poate elibera, prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru afectiunile cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de catre medicul de specialitate din specialitatile clinice, prescriptia se elibereaza in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu

modificarile si completarile ulterioare si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

o) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

q) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

r) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014 si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

t) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

u) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

v) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

w) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice, prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu

si prescriptia medicala care este formular cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza.

x) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

y) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

z) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

aa) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

ab) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia: urgentelor, afectiunilor prevazute in anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si a serviciilor de planificare familiala. Lista cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice este prevazuta in anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu

prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

ac) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ad) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

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

af) sa raporteze, in vederea contractarii la casa de asigurari de sanatate, lista cu bolnavii cu afectiuni cronice aflati in evidenta proprie si, lunar, miscarea acestora;

ag) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ah) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ai) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul

prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

aj) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ak) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de baza, daca asiguratul se prezinta fara bilet de trimitere; in aceasta situatie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asiguratii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, medicii elibereaza bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic nu se incadreaza in numarul maxim de consultatii stabilit conform programului de lucru prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

al) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 8. – (1) Modalitatile de plata in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, tarif pe consultatie si tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctura exprimate in lei.

(2) Valoarea minima garantata a unui punct este unica pe tara; pentru anul 2015 valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu medical este in valoare de 1,8 lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de

Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(4) Numarul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare se ajusteaza in functie de:

a) conditiile in care se desfasoara activitatea, cu . . . . . .%*)

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

(5) a) Tariful pe consultatie de acupunctura este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical – caz pentru servicii medicale de acupunctura de care beneficiaza un asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultatiile si serviciile medicale – caz de acupunctura este de . . . . . lei si se suporta din fondul aferent asistentei medicale de recuperare. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni dupa cum urmeaza:
Suma anuala contractata este . . . . . lei, din care:
- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei,
 din care:
- luna I . . . . . lei
- luna II . . . . . lei
- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei,
 din care:
- luna IV . . . . . lei
- luna V . . . . . lei
- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei,
 din care:
- luna VII . . . . . lei
- luna VIII . . . . . lei
- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei,
 din care:
- luna X . . . . . lei
- luna XI . . . . . lei
- luna XII . . . . . lei.

*) In conditiile in care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileste un spor de zona diferit pentru localitatea unde se afla cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitatile unde se afla punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zona pentru fiecare situatie.

Art. 9. – (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari de sanatate se face pe baza documentelor necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, depuse/transmise lunar de furnizori la casa de asigurari de sanatate, la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizarii sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitiva a unui punct.

(2) Decontarea lunara a serviciilor medicale de acupunctura furnizate in luna anterioara se face pe baza numarului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctura si a numarului de consultatii de acupunctura si a tarifelor pe cura si pe consultatie, in limita sumelor contractate, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate la data de . . . . . .

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8,5, decontarea lunara a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat 140 lei x numar mediu al zilelor de tratament realizate / 10 - numar mediu zile de tratament contractat. Numarul mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna se calculeaza impartind numarul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzatoare cazurilor finalizate la numarul de servicii de acupunctura - cazuri finalizate si raportate in luna respectiva.

In situatia in care o cura de tratament in acupunctura se intrerupe, furnizorul are obligatia sa anunte casa de asigurari de sanatate despre intreruperea curei, motivul intreruperii si numarul de zile efectuat fata de cel recomandat. O cura de tratament in acupunctura intrerupta se considera o cura finalizata.

Cura de acupunctura se deconteaza in luna urmatoare celei in care a fost finalizata aceasta cura.

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(3) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical*) si fiecare medic de specialitate din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic

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

Grad profesional: . . . . . .

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

Cod numeric personal: . . . . . .

Codul de parafa al medicului: . . . . . .

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

b) Medic

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

Grad profesional: . . . . . .

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

Cod numeric personal: . . . . . .

Codul de parafa al medicului: . . . . . .

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

c) . . . . . .

. . . . . .

*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului si al cabinetelor de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale organizate in structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi desfasoara activitatea in sistem integrat si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. – Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 11. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

Art. 12. – Clauza speciala

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

IX. Sanctiuni, conditii de reziliere, incetare si suspendare a contractului

Art. 13. – (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, se diminueaza cu 5% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j) – u), v), x), z), ac) –

ae) si ag) precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, inclusiv prescriere de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in norme sau neeliberarea acesteia, precum si neeliberarea prescriptiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsa in scrisoarea medicala, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(3) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, se constata nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. ab) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru planificare familiala, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. aj), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea minima garantata a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaza cu 10% valoarea de contract pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de specialitate clinica/acupunctura la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% valoarea minima garantata a unui punct per serviciu, respectiv se diminueaza cu 20% valoarea de contract pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de specialitate clinica/acupunctura la care acestea au fost inregistrate.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. aj) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (4) depaseste prima plata, retinerea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) – (4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) – (4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) – (4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

(10) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialitatile clinice a obligatiei prevazute la art. 7 lit. af) consultatiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguratii cu afectiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate.

Art. 14. – Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv de servicii de planificare familiala si acupunctura de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate – cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod

corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 27 alin. (3) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si la art. 7 lit. aa) si ak);

j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 13 alin. (1), (2) si (4) precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 13 alin. (3).

Art. 15. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 16 lit. a) – cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3),

casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) – (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru, dupa caz.

Art. 16. – Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 23 alin. (1) lit. a) – c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. y), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Art. 17. – (1) Situatiile prevazute la art. 14 si la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2 – a5 se constata de casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

X. Corespondenta

Art. 18. – (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul

casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca, in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract, sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XI. Modificarea contractului

Art. 19. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 20. – Valoarea definitiva a punctului este cea calculata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu este element de negociere intre parti.

Art. 21. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

Art. 22. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIII. Alte clauze

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, ..., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Presedinte – director general,	CLINICE
. . . . .	Reprezentant legal,
Director executiv al Directiei Economice,	. . . . .
. . . . .	
Director executiv al Directiei Relatii Contractuale,	
. . . . .	
Vizat	
Juridic, contencios	
. . . . .	

ACT ADITIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice – ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialitatile clinice

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 10

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA ACORDATE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICA DE REABILITARE MEDICALA

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA CUPRINDE:

1. Servicii medicale – consultatii, serii de proceduri – in specialitatea clinica de reabilitare medicala

1.1. Consultatia medicala de specialitate – initiala, cuprinde:

– anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea si recomandarea explorarilor necesare si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;

– bilantul articular anatomic si functional, bilantul muscular, bilantul global gestual si intocmirea planului de recuperare;

– unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare;

– stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igieno-dietetic si fizical si de reabilitare medicala, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice generale si specifice balneoclimatice – terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile si namolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline si pesteri, avizate de Ministerul Sanatatii conform legislatiei in vigoare.

1.2. Consultatia de reevaluare se acorda inainte de inceperea unei serii de proceduri specifice de reabilitare medicala, in timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecarei serii de proceduri la un interval ce nu poate sa depaseasca 10 zile calendaristice de la momentul finalizarii acesteia.

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

PROCEDURI SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALA
1. Kinetoterapie de grup pe afectiuni
2. Galvanizare
3. Ionizare

4. Curenti diadinamici
5. Trabert
6. TENS
7. Curenti interferentiali
8. Unde scurte
9. Microunde
10. Curenti de inalta frecventa pulsatila
11. Ultrasunet
12. Combinatie de ultrasunet cu curenti de joasa frecventa
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux
16. Ultraviolete
17. Curenti cu impulsuri rectangulare
18. Curenti cu impulsuri exponentiale
19. Contractia izometrica electrica
20. Stimulare electrica functionala
21. Bai Stanger
22. Bai galvanice
23. Dus subacval
24. Aplicatii cu parafina
25. Bai sau pensulatii cu parafina
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limfmasaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizatie camera
32. Hidrokinetoterapie individuala generala
33. Hidrokinetoterapie partiala
34. Kinetoterapie individuala
35. Tractiuni vertebrale si articulare

36. Manipulari vertebrale
37. Manipulari articulatii periferice
38. Kinetoterapie cu aparatura speciala cu dispozitive mecanice, electromecanice si robotizate
39. Bai minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40. Bai de plante
41. Bai de dioxid de carbon si bule
42. Bai de namol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Impachetare generala cu namol
46. Impachetare partiala cu namol
47. Aplicatie de unde de soc extracorporeale
48. Aplicatia de oscilatii profunde
49. Speleoterapia/salinoterapia

Procedurile de la pct. 1 – 38, 47 – 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun si de baza de tratament. Procedurile de la pct. 39 – 46 pot fi efectuate numai in bazele de tratament din statiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de reabilitare medicala.

1.3.1. Perioada pentru care se deconteaza procedurile specifice de reabilitare medicala este de maximum 21 zile/an/asigurat atat la copii cat si la adulti cu exceptia copiilor 0 – 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrala, cand se acorda proceduri medicale specifice de reabilitare medicala pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putand fi fractionate in maximum doua fractiuni, in functie de afectiunea de baza la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicala.

1.3.2. In cazul unor perioade de tratament fractionate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicala, pentru fiecare perioada de tratament se deconteaza o consultatie initiala si o consultatie de reevaluare, dar nu mai mult de doua consultatii initiale si doua consultatii de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicala stabilita de medicul de specialitate reabilitare medicala, decontata pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament.

Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicala ce se desfasoara in bazele de tratament din statiunile balneoclimatice se deconteaza maximum 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de reabilitare medicala cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situatiile in care unui asigurat nu i se recomanda o serie de proceduri specifice de reabilitare medicala se deconteaza 3 consultatii/trimestru pentru aceeasi afectiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e – nominalizate in H.G. nr. 720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie si monitoriza de catre medicul in specialitatea reabilitare medicala din unitatile sanitare nominalizate de catre Ministerul Sanatatii, pentru un bolnav cu una sau mai multe afectiuni cronice, se deconteaza o consultatie si prescriptia/prescriptiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu conditia ca aceste servicii sa nu se fi efectuat de catre un alt medic de specialitate pentru aceeasi perioada.

1.6. Consultatiile de specialitate reabilitare medicala se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, cu exceptia consultatiilor pentru afectiunile prevazute in anexa nr. 13 la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. In cadrul consultatiilor de reabilitare medicala se pot efectua dupa caz, urmatoarele proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente care se efectueaza in cabinetul medical:

Nr. crt.	Denumire procedura diagnostica/terapeutica/tratamente
1	Determinarea indicelui de presiune glezna/brat, respectiv deget/brat
2	Podoscopie
3	Osteodensitometrie segmentara cu ultrasunete
4	Administrare tratament prin injectarea partilor moi (intramuscular, intradermic si subcutanat)
5	Mezoterapia – injectare terapeutica paravertebrala si periarticulara
6	Administrare tratament prin punctie intravenoasa
7	Punctii si infiltratii intraarticulare
8	Blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinica)

1.8. Lista specialitatilor clinice pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinica de reabilitare medicala:

– reabilitare medicala. Specialitatea recuperare, medicina fizica si balneologie este asimilata specialitatii reabilitare medicala conform Ordinului MS 360/2013.

1.9. Lista afectiunilor care pot fi tratate in ambulatoriu in specialitatea clinica de reabilitare medicala este:

Nr. crt.	AFECTIUNI
1.	Atrofii sistemice afectand in special sistemul nervos central
2.	Tulburari extrapiramidale si ale motricitatii

3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afectiunile nervilor, radacinilor si plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii si alte afectiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afectiuni ale jonctiunilor mioneurale si musculare
7.	Paralizia cerebrala si alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficienta cardiaca clasa NYHA I si II
11.	Boala pulmonara obstructiva cronica clasa I si II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afectiuni ale tesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post interventii chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.10. Tariful pe consultatie in specialitatea clinica reabilitare medicala este de 20 lei. Tariful pe consultatie in specialitatea clinica reabilitare medicala, in cadrul careia se efectueaza minim doua proceduri dintre cele prevazute la punctul 1.7 este de 40 lei. Pentru prestatia medicului primar, tariful consultatiei se majoreaza cu 20%.

1.11. Recomandarea pentru serviciile de reabilitare medicala se poate face de catre medicii de specialitate si de catre medicii de familie, in limita competentelor iar procedurile specifice de reabilitare medicala se acorda conform schemei de tratament, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de catre medicul de specialitate reabilitare medicala.

1.12. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de reabilitare medicala acordate in bazele de tratament, care se deconteaza pentru un asigurat este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 cu exceptia pozitiilor 1, 26 – 29, 32 – 34 si 38 si este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 cu conditia ca cel putin o procedura pe zi sa fie dintre cele prevazute la pozitia 1, 26 – 29, 32 – 34 si 38. Aceste tarife se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc proportional conform formulei: numar proceduri recomandate si efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

Nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate serviciile de reabilitare medicala atunci cand acestea se acorda pentru situatii care

privesc corectii de natura estetica si de intretinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastica de intretinere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatiei Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinica reabilitare medicala, de consultatiile prevazute la lit. A punctul 1, subpunctul 1.1 din prezenta anexa, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania si acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala acorda serviciile medicale prevazute la lit. A. din prezenta anexa, numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, se acorda serviciile medicale prevazute la lit. A. din prezenta anexa, numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 11

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinica reabilitare medicala

Art. 1. – (1) Unitatile ambulatorii de reabilitare medicala din structura unor unitati sanitare sau unitatile ambulatorii in care isi desfasoara activitatea medici angajati intr-o unitate sanitara,

cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor publice centrale din sistemul de aparare, ordine publica, siguranta nationala si autoritate judecatoreasca incheie contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu cu casele de asigurari de sanatate, a caror plata se face prin tarif in lei pe servicii medicale – consultatii/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicala din pachetul de servicii medicale de baza prevazut in anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere: numarul de servicii medicale – consultatii, respectiv tariful pe consultatie, care este de 20 lei iar tariful pe consultatie cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum si numarul de servicii medicale – zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu exceptia pozitiilor 1, 26 – 29, 32 – 34 si 38 si este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevazute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu conditia ca cel putin o procedura pe zi sa fie dintre cele prevazute la pozitia 1, 26 – 29, 32 –3 4 si 38.

Pentru prestatia medicului primar, tariful consultatiei se majoreaza cu 20%. In cadrul unei zile de tratament se are in vedere un numar de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractata se stabileste conform anexei nr. 11 B la ordin si se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu- se cont si de activitatea specifica sezoniera.

(4) In situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala, conform prevederilor din anexa nr. 11 B la ordin se modifica in sensul diminuarii fata de conditiile initiale si furnizorii aduc la cunostinta caselor de asigurari de sanatate aceste situatii, in termen de maxim 15 zile lucratoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilita initial se diminueaza corespunzator, prin incheierea unui act aditional la contract. Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari la nivelul caselor de asigurari de sanatate se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatie initiala.

Neanuntarea acestor situatii si constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligatiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala.

(5) Suma neconsumata lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala se redistribuie la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera si se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional.

Incepand cu luna septembrie 2015, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de reabilitare medicala se inregistreaza la sfarsitul fiecarei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata

initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs si pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

(6) Pentru incadrarea in suma defalcata trimestrial cabinetele de specialitate clinica reabilitare medicala pot intocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de reabilitare medicala, daca este cazul.

(7) In vederea contractarii numarului de servicii medicale - consultatii si a numarului de zile de tratament de reabilitare medicala se au in vedere urmatoarele:

a) numarul de servicii medicale - consultatii de reabilitare medicala acordate in cabinetul medical nu poate depasi numarul de servicii medicale - consultatii rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare ca pentru o consultatie medicala este necesara o durata in medie de 15 minute, iar pentru o consultatie in cadrul careia se efectueaza in cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesara in medie o durata de 30 minute.

Daca programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numarul de consultatii, poate scade sau creste corespunzator;

b) serviciile medicale zi de tratament care se acorda in bazele de tratament, se contracteaza si raporteaza in vederea decontarii pentru un numar de maximum 21 zile/an/asigurat atat la copii cat si la adulti cu exceptia copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrala, cand se acorda proceduri medicale terapeutice pentru o perioada de maximum 42 de zile pe an/asigurat, dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au in vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultatii si numarului de zile de tratament de reabilitare medicala.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinatia de servicii medicale de reabilitare medicala vor fi contractate de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte, respectiv de acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultatii si numarul de zile de tratament de reabilitare medicala acordate asiguratilor de la data semnarii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului aditional la contractul/actul aditional initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de selectie si contractare prevazute in anexa nr. 11 B la ordin, precum si reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, in situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului initial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu se suporta din fondul aferent asistentei medicale de reabilitare medicala.

(11) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale - consultatii si numarul de zile de tratament de reabilitare medicala acordate numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital,

aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia afectiunilor prevazute in anexa nr. 13 la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate reabilitare medicala.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament in statiunile balneoclimaterice se fac de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si medicii din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul de specialitate clinica reabilitare medicala.

(13) Decontarea lunara de catre casele de asigurari de sanatate in limita sumelor contractate se face in functie de:

a) numarul de servicii medicale – consultatii si tarifele pe consultatii prevazute la alin. (2);

b) numarul de zile de tratament de reabilitare medicala realizat atat in cabinetele medicale, cat si in bazele de tratament, inmultit cu tarifele prevazute la alin. (2). Aceste tarife se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc proportional conform formulei: numar proceduri recomandate si efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

Art. 2. – (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicala factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si depune/transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

Art. 3. – (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate in specialitatea clinica reabilitare medicala, care nu se regasesc in anexa nr. 10 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinet, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat. In aceste situatii furnizorii de servicii medicale nu elibereaza bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

(2) Medicii din specialitatea de reabilitare medicala incaseaza contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de baza, daca asiguratul se prezinta fara bilet de trimitere; in aceasta situatie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asiguratii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, medicii elibereaza bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic se face in cadrul unor consultatii realizate peste valoarea de contract.

Art. 4. – (1) In cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998,

republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati medici, precum si alte categorii de personal. Medicii angajati nu raporteaza activitate medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinica reabilitare medicala pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, utilizand formularul de prescriptie medicala electronica/formularul de prescriptie medicala cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, dupa caz, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente. Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru specialitatea clinica reabilitare medicala, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementarilor in vigoare pot raporta in vederea decontarii numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

Art. 5. – Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati si casa de asigurari de sanatate.

Art. 6. – (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicala acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitatile clinice, cu exceptia consultatiilor pentru afectiunile prevazute in anexa nr. 13 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana.

Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitatile clinice este utilizat si pentru specialitatea clinica reabilitare medicala si este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare si are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului, care il depune la furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicala. Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicala pastreaza biletul de trimitere si il

va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

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

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala au obligatia sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare.

(5) Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicala recomanda investigatii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare din care un exemplar ramane la medicul care prescrie investigatiile si un exemplar il inmaneaza asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigatii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza.

Art. 7. – (1) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala incaseaza de la asigurati suma corespunzatoare coplatii pentru serviciile de reabilitare medicala – serii de proceduri din pachetul de servicii de baza de care au beneficiat asiguratii pe seria de proceduri; nivelul minim al coplatii este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare furnizor pe baza de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurati scutite de coplata, prevazute la art. 213^1 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevazut in anexa nr. 23 D la ordin.

Art. 8. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 11A

– model –

Furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala . . . . . .
. . .
Sediul social/Adresa fiscala . . . . . .

DECLARATIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(a) cu B.I./C.I. seria . . . . . ., nr. . . . . ., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca am |_|/nu am |_| contract de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

Data	Reprezentant legal
. . . . .	. . . . .
	(semnatura si stampila)

ANEXA Nr. 11B

CRITERII
privind selectia furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicala si repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu

CAPITOLUL I
Criterii de selectie a furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii trebuie sa indeplineasca cumulativ urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

2. Sa faca dovada capacitatii tehnice de a efectua serviciile medicale de reabilitare medicala pentru a caror furnizare incheie contract cu casa de asigurari de sanatate.

3. Sa faca dovada ca toata durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperit prin prezenta unui medic de specialitate reabilitare medicala.

CAPITOLUL II
La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala se au in vedere urmatoarele criterii:

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice 40%

B. Evaluarea resurselor umane 60%

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice Ponderea acestui criteriu este de 40%

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala - obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala sunt obligati sa faca dovada detinerii legale a aparaturii prin documente conforme si in termen de valabilitate.

b) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa verifice daca seria si numarul aparatului existent in cadrul cabinetului sunt aceleasi cu seria si numarul aparatului inscrise in cuprinsul documentelor care atesta existenta si detinerea legala a acestora.

c) Furnizorii sunt obligati sa prezinte documentele pentru aparatul/aparatele detinute din care sa reiasa: anul fabricatiei, seria si numarul, numarul de canale si numarul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care incheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurari de sanatate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au inscrise pe ele seria si numarul si nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fisa tehnica.

e) Daca doi sau mai multi furnizori prezinta aparate inregistrate cu aceeasi serie si numar inainte sau in perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv si nu se mai iau in calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac exceptie furnizorii de servicii reabilitare medicala care isi desfasoara activitatea utilizand acelasi spatiu si aceleasi echipamente specifice detinute si/sau utilizate in comun in conditiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevazute de actele normative in vigoare si numai in conditiile in care personalul medical de specialitate al fiecarui furnizor isi desfasoara activitatea cu respectarea dispozitiilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si intr-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service incheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achizitionate "second hand". Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a mentinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1. Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut, dupa cum urmeaza:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/ora
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienti tratati simultan, (2 sau mai multe canale) vechime 1 - 10 ani	20 puncte	8
3.	Baie galvanica si alternanta, vechime 1 - 10 ani	20 puncte	2
4.	Aparate de magnetoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3
5.	Aparate cu energie luminoasa (laserterapie, ultraviolete, infrarosii), vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de soc, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
7.	Aparate de parafina, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	3 aplicatii/ canapea/pat/ ora
8.	Aparate pentru inalta frecventa, vechime 1 - 10 ani	15 puncte	4
9.	Aparate pentru drenaj limfatic, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	2
10.	Aparat pentru ultrasonoterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	5
11.	Aparat de aerosoli, vechime 1 - 10 ani	10 puncte	4
12.	Cada de hidroterapie, vechime 1 - 10 ani	10 puncte/ 1 cada	2
13.	Cada de hidroterapie cu dus subacval sau cu bule, vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ 1 cada	2
14.	Dispozitive de dusuri terapeutice (scotian, alternativ etc.), vechime 1 - 10 ani	20 puncte/ dispozitiv	2

15.	Echipament de elongatie	15 puncte/ echipament	1

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, cate 1 punct pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului peste 10 ani.

Nr. crt.	Denumire aparat	Numar canale	An fabricatie	Total puncte/ aparat	Total proceduri pe ora/aparat
1	2	3	4	5	

TOTAL PUNCTE: . .
. . . . . .

NOTA 1: La contractare, se va tine cont de:

a) numarul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/ora, conform tabelului de mai sus

b) numarul maxim de proceduri/ora posibil de efectuat in cadrul programului de lucru de catre asistentul de balneofizioterapie cu pregatire superioara si medie de specialitate, profesorul de cultura fizica medicala, precum si de catre fiziokinetoterapeutul si kinetoterapeutul care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/ora; numarul maxim de proceduri/ora posibil de efectuat in cadrul programului de lucru de catre maseuri si baiesi care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 2 proceduri/ora.

In situatia in care, numarul maxim de proceduri prevazut la lit. b) este mai mic decat cel prevazut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se inmulteste cu raportul calculat intre numarul de proceduri de la lit. b) si numarul de proceduri de la lit. a).

In situatia in care, numarul maxim de proceduri prevazut la lit. b) este mai mare decat cel prevazut la lit. a), se acorda punctajul aferent lit. A.1.

A.2. Evaluarea salii de kinetoterapie:

- Suprafata utila a salii este intre 8 - 15 mp si dotare corespunzatoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind infiintarea, organizarea si functionarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numarul maxim de pacienti este 3 si minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala.
- Suprafata utila a salii este intre 16 - 30 mp si dotare corespunzatoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind infiintarea, organizarea si functionarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numarul maxim de pacienti este 6 si minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/tura.
- Suprafata utila a salii este de peste 30 mp, folosita exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie si dotare superioara fata de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificarile si completarile ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup

numarul maxim de pacienti este 8 indiferent de marimea salii si minim doi fiziokinetoterapeuti/kinetoterapeuti/profesori de cultura fizica medicala/tura.

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 30 - 40 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 16 puncte si minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/tura;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este intre 40 - 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 30 puncte si minim un fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala/tura;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc si are dotarea corespunzatoare actelor normative in vigoare = 40 puncte si minim doi fiziokinetoterapeuti/kinetoterapeuti/profesori de cultura fizica medicala/tura.

TOTAL puncte resurse tehnice . . . . . .

NOTA 1: Sala de kinetoterapie si bazinul de hidrokinetoterapie se puncteaza numai daca la furnizor isi desfasoara activitatea cel putin un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala in functie de dimensiunile salii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 si A.3 se acorda pentru incadrarea cu personal de specialitate (un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala) pentru o norma intreaga (7 ore). Pentru fractiuni de norma, punctajele aferente lit. A.2 si A.3 se ajusteaza proportional.

NOTA 2: Nu se puncteaza bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizeaza si pentru alte activitati in afara celor strict medicale care se contracteaza cu casa de asigurari de sanatate.

B. Evaluarea resurselor umane: Ponderea acestui criteriu este de 60%

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de reabilitare medicala - obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat.

Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata.

Se considera o norma intreaga astfel:

- pentru un medic - 35 ore/saptamana (7 ore x 5 zile/saptamana)
- pentru un asistent balneofizioterapie, maseur, baies - 40 ore/saptamana (8 ore/zi x 5 zile/saptamana)
- pentru un fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultura fizica medicala, - 35 ore/saptamana (7 ore/zi x 5 zile/saptamana)

a. medic in specialitatea reabilitare medicala:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 norma
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala - 15 puncte/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

d. maseur - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

e. baies - 10 puncte/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE . . . . . .

Program de activitate saptamanal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/saptamana = 2 puncte
- Sub 5 zile/saptamana = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe saptamana = 5 puncte
- 5 zile/saptamana/mai mult de 8 ore pe zi si mai putin de 16 ore pe zi=punctaj proportional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte . . . . . .

Pentru fiecare criteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor.

Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor corespunzatoare fiecarui criteriu la numarul de puncte obtinut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre criterii se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor corespunzator fiecarui criteriu, rezultand sumele aferente fiecarui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor corespunzator fiecarui criteriu, se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

ANEXA Nr. 12

- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate de reabilitare medicala (pentru unitatile sanitare ambulatorii de reabilitare medicala)

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .

si

- unitatile sanitare ambulatorii de reabilitare medicala apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, reprezentata prin . . . . . .;
- cabinetul medical de specialitate . . . . . ., organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, reprezentat prin . . . . . .;
- societatea de turism balnear si de reabilitare medicala, constituita conform Legii societatilor nr. 31/1990 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si care indeplineste conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatilor comerciale de turism balnear si de recuperare medicala, aprobata cu modificarile si completarile ulterioare prin Legea nr. 143/2003 . . . . . ., reprezentata prin . . . . . .;
- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului . . . . . ., inclusiv al spitalului din reteaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, reprezentat prin . . . . . in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte; avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . fax . . . . . ., e-mail . . . . . Centrul de sanatate multifunctional - unitate cu personalitate juridica . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., adresa de e-mail . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentat prin . . . . . .;

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicala acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de

Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicala acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala.

Art. 2. – Furnizorul acorda tipurile de servicii medicale de reabilitare medicala asiguratilor, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 3. – Furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicala acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala, se face de catre urmatorii medici:

1. . . . . ;

2. . . . . ;

3. . . . . .

Art. 4. – Serviciile medicale de reabilitare medicala, acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala in sistemul asigurarilor de sanatate, se acorda in baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflati in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicala.

IV. Durata contractului

Art. 5. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 6. – Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul partilor, pe toata durata de aplicabilitate a Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

Art. 7. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicala, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru

furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative, acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

k) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical – consultatie/zi de tratament, in conditiile stabilite in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

l) sa deconteze serviciile medicale de reabilitare medicala numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe tara utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

m) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicala, cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, in conditiile respectarii prevederilor de la art. 45 alin. (2) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 8. – Furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicala are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala de

reabilitare medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara – bilet de trimitere catre alte specialitati clinice sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si/sau tratate in ambulatoriu;

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica reabilitare medicala poate elibera, dupa caz, prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele

aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru afectiunile cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de catre medicul de specialitate de reabilitare medicala, prescriptia se elibereaza in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit in anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

p) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

q) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

r) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt

obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale;

v) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice si de la data la care se implementeaza formularele electronice mentionate anterior, precum si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

w) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

x) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor.

y) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

z) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

aa) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia afectiunilor prevazute in anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Lista cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatea clinica de reabilitare medicala este prevazuta in anexa nr. 13 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic

European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

ab) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, a biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

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

ad) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ae) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz.

af) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ag) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari

de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

ah) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ai) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

aj) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere din pachetul de servicii de baza, daca asiguratul se prezinta fara bilet de trimitere; in aceasta situatie furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate. Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sanatate si numai pentru afectiunile ce fac obiectul programelor de sanatate precum si pentru asiguratii care au bilet de trimitere sau a caror afectiuni permit prezentarea la medic fara bilet de trimitere, medicii elibereaza bilete de trimitere pentru investigatii paraclinice/bilet de internare/prescriptii medicale, dupa caz, utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate si daca prezentarea la medic nu se incadreaza in numarul maxim de consultatii stabilit conform programului de lucru prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

ak) sa raporteze, in vederea contractarii la casa de asigurari de sanatate, lista cu bolnavii cu afectiuni cronice aflati in evidenta proprie si, lunar, miscarea acestora.

al) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile de reabilitare medicala - serii de proceduri de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

am) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea

nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 9. – Modalitatea de plata a serviciilor medicale de reabilitare medicala, acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala in sistemul asigurarilor de sanatate, este tariful pe serviciu medical – consultatie/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicala, prevazute in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 10. – (1) Valoarea contractului rezulta din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numarul de servicii – consultatii/zile de tratament negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical – consultatie*)/zile de tratament*)	Valoare – lei –
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale – Consultatii			
Servicii medicale – Consultatii cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical – consultatie si tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicala sunt cele prevazute in anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si au avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale – consultatii si numarului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicala.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de reabilitare medicala, acordate in unitatile sanitare ambulatorii de reabilitare medicala in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, este de . . . . . lei.

Art. 11. – (1) Decontarea lunara a serviciilor medicale de reabilitare medicala, acordate in unitatile sanitare ambulatorii de reabilitare medicala in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, se face pe baza numarului de servicii medicale – consultatii si a numarului de zile de tratament reabilitare medicala realizate si a

tarifelor pe serviciu medical - consultatie si a tarifului pe zi de tratament in limita sumelor contractate in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . .

Tarifele pe zi de tratament se deconteaza numai daca numarul procedurilor recomandate si efectuate este de 4/zi, in caz contrar tarifele se reduc proportional conform formulei: nr. proceduri recomandate si efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera: Suma anuala contractata este de . . . . . lei, din care:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei,
  din care:
- luna I . . . . . lei
- luna II . . . . . lei
- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei,
  din care:
- luna IV . . . . . lei
- luna V . . . . . lei
- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei,
  din care:
- luna VII . . . . . lei
- luna VIII . . . . . lei
- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei,
  din care:
- luna X . . . . . lei
- luna XI . . . . . lei
- luna XII . . . . . lei.

(3) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical*) si fiecare medic de reabilitare medicala din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic
Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Grad profesional: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi

b) Medic
Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Grad profesional: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi

c) . . . . . .
. . . . . .

*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului si al cabinetelor de specialitate din centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica organizat in structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi

desfasoara activitatea in sistem integrat si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului.

Art. 12. – Plata serviciilor medicale de reabilitare medicala, acordate in unitati sanitare ambulatorii de reabilitare medicala in sistemul de asigurari sociale de sanatate, se face in contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . .

VII. Calitatea serviciilor medicale de reabilitare medicala

Art. 13. – Serviciile medicale de reabilitare medicala, furnizate in baza prezentului contract, trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 14. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

Art. 15. – Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicala cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar, se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauze speciale

Art. 16. – Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, mari inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 17. – Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X. Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului

Art. 18. – (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicala aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicala aferente lunii in care s-au produs aceste situatii pentru fiecare dintre aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 8 lit. a) - c), e - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum si prescrieri de medicamente cu sau fara contributie personala din partea asiguratului si de unele materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, inclusiv prescrieri de medicamente fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in norme sau neeliberarea acesteia, precum si neeliberarea prescriptiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsa in scrisoarea medicala se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicala aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate se constata nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 8 lit. aa) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicala aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 8 lit. ah), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 8 lit. ah) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

(10) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 8 lit. ak) consultatiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguratii cu afectiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate

Art. 19. – Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala, se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acesteia;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

h) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 8 lit. z), aj) si art. 45 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 18 alin. (1), (2) si (4) precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 18 alin. (3).

Art. 20. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicala isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de - reabilitare medicala sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 21 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2) - (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, dupa caz.

Art. 21. - Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 41 alin. (1) lit. a) – c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 8 lit. x), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie.

Art. 22. – (1) Situatiile prevazute la art. 19 si la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2 – a5 se constata de catre casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

Art. 23. – Prezentul contract poate fi reziliat de catre partile contractante datorita neindeplinirii obligatiilor contractuale, sub conditia notificarii intentiei de reziliere cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste rezilierea.

XI. Corespondenta

Art. 24. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract. Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare de la momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 25. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la

care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

Art. 26. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondului aprobat pentru asistenta de reabilitare medicala, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

Art. 27. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 28. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de reabilitare medicala in ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Presedinte – director general,	Reprezentant legal,
. . . . .	. . . . .
Director executiv al Directiei economice,	
. . . . .	
Director executiv al Directiei Relatii contractuale,	
. . . . .	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA Nr. 13

LISTA

cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic si Angina pectorala instabila
2. Malformatii congenitale si boli genetice
3. Boala cronica de rinichi – faza predializa
4. Insuficienta cardiaca clasa III – IV NYHA

5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrita cronica juvenila

6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozita, vasculite sistemice)

7. Aplazia medulara

8. Anemii hemolitice endo si exo-eritrocitare

9. Trombocitemia hemoragica

10. Histiocitozele

11. Telangectazia hemoragica ereditara

12. Purpura trombopenica idiopatica

13. Trombocitopatii

14. Purpura trombotica trombocitopenica

15. Boala von Willebrand

16. Coagulopatiile ereditare

17. Boala Wilson

18. Malaria

19. Tuberculoza

20. Boala Addison

21. Diabet insipid

22. Boli psihice (schizofrenie, tulburari schizotipale si delirante, tulburari afective majore, tulburari psihotice acute, autism, ADHD, boli psihice la copii)

23. Miastenia gravis

24. Bolnavi cu revascularizatie percutanata, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian

25. Afectiuni postoperatorii si ortopedice pana la vindecare

26. Risc obstetrical crescut la gravide

27. Astm bronsic sever

28. Glaucom

29. Status post AVC

30. Ulcer peptic gastroduodenal

31. Boala celiaca la copil

32. Boala cronica inflamatorie intestinala (boala Chron si colita ulceroasa)

33. Sindromul Schwachmann

34. Hepatita cronica de etiologie virala B, C si D si ciroza hepatica in tratament cu imuno- modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici

35. Boala Hirschprung

36. Bolile nutritionale la copii (rahitism carential comun, malnutritia protein-calorica la sugar si copii, anemiile carentiale pana la normalizare hematologica si biochimica) supraponderea si obezitatea pediatrica

37. Bronsiectazia si complicatiile pulmonare supurative

38. Scleroza multipla

39. Demente degenerative, vasculare, mixte

40. Starea posttransplant

41. Insuficienta renala cronica – faza de dializa

42. Bolile rare (hemofilia si talasemia, mucoviscidoza, hipertensiunea pulmonara, epidermoliza buloasa, scleroza laterala amiotrofica, sindrom Prader-Willi, osteogeneza imperfecta, boala Fabry, boala Pompe, tireozinemia, sindrom Hunter, sindrom Hurler, afibrinogenemia congenitala, sindrom de imunodeficienta primara, fenilcetonuria sau deficit de tetrahidrobiopterina-BH4, polineuropatia familiala amiloida cu transtiretina, scleroza sistemica si ulcere digitale evolutive, purpura trombocitopenica cronica la adulti splenectomizati si nesplenectomizati, scleroza tuberoasa)

43. Afectiuni oncologice si oncohematologice
44. Diabetul zaharat cu sau fara complicatii
45. Boala Gaucher
46. Boala Basedow
47. Degenerescenta maculara legata de varsta (DMLV)
48. Boala Cushing
49. Paraliziile cerebrale infantile
50. Epilepsia
51. Boala Parkinson
52. Poliartrita reumatoida, artropatia psoriazica, spondilita anchilozanta, psoriazis cronic sever 53.Afectiuni ale copilului 0-1 an
54. Anomalii de miscare binoculara (strabism, forii) copii 0-18 ani
55. Vicii de refractie si tulburari de acomodare copii 0-18 ani
56. Afectiuni ale aparatului lacrimal (1-3 ani)
57. Infarctul intestinal operat
58. Arteriopatii periferice operate

NOTA 1: Prezentarea se face direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fara bilet de trimitere pentru afectiunile de mai sus.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie sa informeze medicul de familie prin scrisoare medicala daca au intervenit schimbari in evolutia bolii si in atitudinea terapeutica.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidentiat management de caz.

ANEXA Nr. 14

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINA DENTARA

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU MEDICINA DENTARA

Cod	ACTE TERAPEUTICE	Tarif lei	Suma decontata de CAS		
			Copii 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiarii legilor speciale
1.*)	Consultatie - include modelul de studiu,dupa caz,controlul oncologic si igienizare	133	100%	60%	100%
	*) Se acorda o singura consultatie la un interval de 12 luni pentru un asigurat				

2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afectiunilor pulpare cu anestezie	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afectiunilor parodontiului cu anestezie	94	100%	100%	100%
8.	Extractia dintilor temporari cu anestezie	20	100%		100%
9.	Extractia dintilor permanenti cu anestezie	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar si tratamentul hemoragiei	86	100%	100%	100%
	**) In situatia in care se efectueaza in aceeasi sedinta in care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurari de sanatate				
11.	Decapusonarea la copii	47	100%		
12	Reducerea luxatiei articulatiei temporo-mandibulara	62	100%	100%	100%
13. ***)	Proteza acrilica mobilizabila pe arcada	850		60%	100%
	***) Se acorda o data la 5 ani				
14. ****)	Reparatie/rebazare proteza	78		100%	100%
	****) Se acorda o data pe an				
15.	Element acrilic	78	100%	60%	100%
16.	Element metalo-acrilic	170	100%	60%	100%

17.	Reconstituire coroana radiculara	100	100%	60%	100%
18. *****)	Deconditionarea tulburarilor functionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + barbita si capelina	546	100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exercitii cu spatula/sedinta	20	100%		
20. *****)	Aparate si dispozitive utilizate in tratamentul malformatiilor congenitale	780	100%		
21.	Slefuirea in scop ortodontic/dinte	20	100%		
22. *****)	Reparatie aparat ortodontic	390	100%	100% *1)	
	*1) Se deconteaza pentru tinerii de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventii de liceu, pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti si daca nu realizeaza venituri din munca				
23.	Mentinatoare de spatiu mobile	4 68	100%		
	*****) se acorda numai de medicii de specialitate in ortodontie si ortopedie dento-faciala.				
24. ******)	Sigilare/dinte	78	100%		
	******) o procedura decontata la 2 ani				

1. Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii de baza pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti, cu exceptia celor de la codurile 18, 20 si 22 din tabel.

2. Serviciile de medicina dentara de urgenta sunt prevazute la codurile 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 si 22, din tabel.

3. Dentistii acorda numai serviciile prevazute la codurile 1, 2, 4 si 24 din tabel.

4. Formula dentara:

Dinti permanenti:

11 incisiv medial dreapta sus
12 incisiv lateral dreapta sus
13 canin dreapta sus
14 primul premolar dreapta sus
15 al doilea premolar dreapta sus
16 primul molar dreapta sus
17 al doilea molar dreapta sus
18 al treilea molar dreapta sus
21 incisiv medial stanga sus
22 incisiv lateral stanga sus
23 canin stanga sus
24 primul premolar stanga sus
25 al doilea premolar stanga sus
26 primul molar stanga sus
27 al doilea molar stanga sus
28 al treilea molar stanga sus
31 incisiv medial stanga jos
32 incisiv lateral stanga jos
33 canin stanga jos
34 primul premolar stanga jos
35 al doilea premolar stanga jos
36 primul molar stanga jos
37 al doilea molar stanga jos
38 al treilea molar stanga jos
41 incisiv medial dreapta jos
42 incisiv lateral dreapta jos
43 canin dreapta jos
44 primul premolar dreapta jos
45 al doilea premolar dreapta jos
46 primul molar dreapta jos
47 al doilea molar dreapta jos
48 al treilea molar dreapta jos

Dinti temporari

51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stanga sus
62 - incisiv lateral stanga sus
63 - canin stanga sus
64 - molar stanga sus
65 - molar stanga sus
71 - incisiv medial stanga jos
72 - incisiv lateral stanga jos
73 - canin stanga jos
74 - molar stanga jos
75 - molar stanga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

5. In cazul dintilor supranumerari se indica codul dintelui cu specificatia "supranumerar".

Data fiind incidenta dintilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinti supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicina dentara pot efectua radiografii dentare (retroalveolara si panoramica) cuprinse in anexa nr. 17 la ordin ca o consecinta a actului medical propriu, pentru asiguratii pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului, sau pe baza de bilet de trimitere de la un alt medic de medicina dentara, daca au autorizatiile necesare efectuarii acestor servicii si dotarile necesare; decontarea acestor servicii se realizeaza din fondul aferent investigatiilor medicale paraclinice in limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara incheie cu casele de asigurari de sanatate acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicina dentara.

7. Serviciile prevazute la codurile 1, 2, 3, 5, 8, 9 si 13 din tabel, se acorda astfel:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistratilor care au fost inlaturati din justitie pentru considerente politice in perioada anilor 1945 – 1989, cu modificarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati sanitare de stat, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%.
- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de stat sau militare, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%.
- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunostintei fata de eroii-martiri si luptatorii care au contribuit la victoria Revolutiei romane din decembrie 1989, precum si fata de persoanele care si- au jertfit viata sau au avut de suferit in urma revoltei muncitoresti anticomuniste de la Brasov din noiembrie 1987, cu modificarile si completarile ulterioare, procentul de 100% se deconteaza daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sanatatii, Ministerului Apararii Nationale si Ministerului Afacerilor Interne, in caz contrar procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 60%.
- pentru celelalte categorii de asigurati beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurari de sanatate este de 100%.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARA

1. Serviciile din pachetul minimal sunt servicii de urgenta prevazute la punctul 2 de la lit. A.

2. Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti, cu exceptia celor de la codul 22 din tabelul de la litera A.

3. Dentistii acorda numai serviciul prevazut la codul 4 din tabelul de la litera A.

4. Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa medicala de urgenta organizata conform legii.

5. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate – radiografii dentare si tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la lit. B din prezenta anexa, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la lit. A din prezenta anexa.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, pot beneficia dupa caz, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la lit. A din prezenta anexa, sau de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la lit. B din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 15

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicina dentara

Art. 1. – Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicina dentara se face prin tarif pe serviciu medical in lei.

Art. 2. – Lista serviciilor medicale de medicina dentara si a tratamentelor de medicina dentara, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicina dentara, si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in anexa nr. 14 la ordin.

Art. 3. – (1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicina dentara/dentisti se au in vedere:

a) suma alocata fiecarei case de asigurari de sanatate pentru servicii de medicina dentara;

b) numarul de medici de medicina dentara si dentisti care intra in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar se aplica o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obtinut un grad profesional se aplica o diminuare de 20%;

d) pentru medicii din mediul rural suma ajustata cu gradul profesional se majoreaza cu 50%;

e) suma orientativa/medic specialist/luna la nivel national este de 1.600 lei/luna. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si luni.

(2) Lunar casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara serviciile medicale de medicina dentara furnizate in limita valorii trimestriale de contract.

(3) In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina dentara se inregistreaza la sfarsitul unui trimestru sume neconsumate, fata de suma trimestriala prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea trimestriala contractata initial aferenta trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care in trimestrul respectiv si-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina dentara acordate de la data semnarii actului aditional.

Prin exceptie, pentru trimestrul IV 2015, in situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina dentara se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate, fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional la furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina dentara acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional.

(4) Pentru incadrarea in suma defalcata trimestrial cabinetele de medicina dentara pot intocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicina dentara, daca este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinatia servicii medicale dentare se contracteaza de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte, respectiv acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguratilor de la data semnarii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului aditional la contractul initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de contractare.

Art. 4. – In tarifele tratamentelor protetice sunt incluse si cheltuielile aferente activitatilor de tehnica dentara. Plata acestora se face de catre reprezentantul legal al cabinetului de medicina dentara direct catre laboratorul de tehnica dentara autorizat conform legii.

Art. 5. – Casele de asigurari de sanatate tin evidenta serviciilor de medicina dentara pe fiecare asigurat si pe fiecare cod din formula dentara prevazuta in anexa nr. 14 la ordin.

Art. 6. – Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si depune/transmite la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat

cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

Art. 7. – Contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara care nu se regasesc in anexa nr. 14 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul medical, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat. In aceste situatii furnizorii de servicii medicale nu elibereaza bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate.

Art. 8. – In cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati numai medici si/sau dentisti, precum si alte categorii de personal, in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare. Medicii sau dentistii angajati in cabinete medicale individuale nu raporteaza activitate medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii de medicina dentara pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, utilizand formularul de prescriptie medicala electronica/formularul de prescriptie medicala cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, dupa caz, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente. Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 9. – Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati si casa de asigurari de sanatate.

Art. 10. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de medicina dentara pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale de medicina dentara, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de medicina dentara din ambulatoriu masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 16
– model –

CONTRACT DE FURNIZARE
e servicii de medicina dentara in asistenta medicala de specialitate
din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . .,

si

– cabinetul medical organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare:

– cabinetul individual . . . . . ., reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular . . . . . .;

– cabinetul asociat sau grupat . . . . . ., reprezentat prin medicul dentist delegat . . . . . .;

– societatea civila medicala . . . . . ., reprezentata prin administrator . . . . . .;

– unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, ..., reprezentata prin . . . . . .;

– unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retele sanitare proprii, ..., reprezentata prin . . . . . .;

– ambulatoriul de specialitate si ambulatoriul integrat din structura spitalului . . . . . ., inclusiv al spitalului din reteaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, reprezentat prin . . . . . ., in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

– Centrul de diagnostic si tratament, centru medical si unitatea medicala cu personalitate juridica . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . fax . . . . . ., e-mail . . . . . ., reprezentat prin . . . . . .

– Centrul de sanatate multifunctional . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., adresa de e-mail . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentat prin . . . . . .

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor de medicina dentara in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru

aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. – Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara acorda asiguratilor serviciile de medicina dentara cuprinse in pachetul de servicii de baza si in pachetul minimal de servicii de medicina dentara, prevazute in anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in urmatoarele specialitati:

a) . . . . . .

b) . . . . . .

c) . . . . . .

. . . . . .

Art. 3. – Furnizarea serviciilor medicale de medicina dentara din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicina dentara se face de catre urmatorii medici dentisti/dentisti:

1. . . . . .

2. . . . . .

3. . . . . .

4. . . . . .

. . . . . .

IV. Durata contractului

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

Art. 6. – In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale

suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicina dentara sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala si materiale sanitare acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara si contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice (radiografie dentara retroalveolara si radiografie panoramica), numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . .

. . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

k) sa contracteze servicii medicale de medicina dentara, respectiv sa deconteze serviciile medicale de medicina dentara efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite prin anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 7. – In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicina dentara furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala de medicina dentara, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularelor electronice – bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, de la data la care acestea se implementeaza; biletul de trimitere in vederea internarii se elibereaza pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate si/sau tratate in ambulatoriu.

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe tara, si sa recomande investigatiile paraclinice in concordanta cu diagnosticul, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale de medicina dentara asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

p) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

q) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

r) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

s) sa asigure acordarea asistentei medicale de medicina dentara necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

s) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

t) sa asigure acordarea serviciilor medicale de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii medicale;

t) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatiile paraclinice si de la data la care se implementeaza formularele electronice mentionate anterior, precum si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

u) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

v) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

w) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

x) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

y) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicina dentara programabile, daca este cazul;

z) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele

mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

aa) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

ab) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ac) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

ad) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 8. – Modalitatea de plata in asistenta medicala dentara din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical in lei.

Art. 9. – Decontarea serviciilor de medicina dentara se face pe baza tarifelor acestora si in conditiile prevazute in anexa nr. 14 respectiv in anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . /2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in limita sumei contractate si defalcate trimestrial si lunar/cabinet/medic, stabilita conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul mentionat mai sus. Suma anuala contractata este de . . . . . lei, din care:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei,
din care:
- luna I . . . . . lei
- luna II . . . . . lei
- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei,
din care:
- luna IV . . . . . lei
- luna V . . . . . lei
- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei
din care:
- luna VII . . . . . lei
- luna VIII . . . . . lei
- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei
din care:
- luna X . . . . . lei
- luna XI . . . . . lei
- luna XII . . . . . lei.

Art. 10. – (1) Decontarea serviciilor de medicina dentara se face lunar, in maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, la data de . . . . . ., pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecarui trimestru suma contractata se regularizeaza conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Clauze speciale – se completeaza pentru fiecare cabinet medical*) si fiecare medic dentist din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

a) Medic dentist
Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Grad profesional: . . . . . .
Specialitatea: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi

b) Medic dentist
Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Grad profesional: . . . . . .
Specialitatea: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . ore/zi c) . . . . . .
. . . . . .

*) In cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum si cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care isi desfasoara activitatea in sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. – Serviciile de medicina dentara furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguratilor, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 12. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale, partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauze speciale

Art. 13. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 14. – Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X. Sanctiuni, conditii de reziliere, suspendare si incetare a contractului

Art. 15. – (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) – c), e) – h), j) – t), u), w), y) precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si ale unor materiale sanitare si/sau recomandari de investigatii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara, aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara, aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. ab), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s- a produs aceasta situatie;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatei.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (4), nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. ab) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(6) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (4) depaseste prima plata, recuperarea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

Art. 16. - Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de medicina dentara nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casa de asigurari

de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare in urma controlului efectuat a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 7 lit. x);

i) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

j) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 15 alin. (1), (2) si (4) precum si la prima constatare dupa aplicarea masurii prevazute la art. 15 alin. (3).

Art. 17. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicina dentara isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile

art. 18 lit. a) – cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) si (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, dupa caz.

Art. 18. – Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 58 alin. (1) lit. a) – c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. v), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor dentisti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum si pentru unitatile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic si tratament, centrele medicale, centrele de sanatate multifunctionale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate si care se afla in aceasta situatie.

Art. 19. – Situatiile prevazute la art. 16 si la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 – a5 se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 20. – (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul cabinetului medical declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 21. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicina dentara, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

Art. 22. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai cu putinta spiritului contractului.

Art. 23. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 24. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de

Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicina dentara in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, ..., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte – director general, ... Director executiv al Directiei Economice, ... Director executiv al Directiei Relatii Contractuale, ... Vizat Juridic, contencios	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINA DENTARA Reprezentant legal, ...

ACT ADITIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice – pentru radiografia dentara retroalveolara si panoramica efectuate de medicii de medicina dentara

Se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA Nr. 17

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE BAZA DE SERVICII MEDICALE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA MEDICALA AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

1. Lista investigatiilor paraclinice – analize de laborator

Crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate – lei –
Hematologie			

1	2.6001	Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit, numaratoare eritrocite, numaratoare leucocite, numaratoare trombocite, formula leucocitara, indici eritrocitari*1)	14,01
2	2.6002	Numaratoare reticulocite	5,62
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	18,62
4	2.6040	VSH*1)	2,63
5	2.60501	Determinare la gravida a grupului sanguin ABO*1)	7,54
6	2.60502	Determinare la gravida a grupului sanguin Rh*1)	7,88
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravida	7,54
8	2.6101	Timp Quick si INR*1) (International Normalised Ratio)	14,68
9	2.6102	APTT	12,30
10	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13,68
Biochimie - serica si urinara			
11	2.1002	Proteine totale serice*1)	7,04
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15,20
13	2.10063	Feritina serica	40,00
14	2.1011	Uree serica*1)	5,86
15	2.1012	Acid uric seric*1)	5,86
16	2.1014	Creatinina serica*1), **)	5,92
17	2.1015	Bilirubina totala*1)	5,86
18	2.1016	Bilirubina directa*1)	5,86
19	2.1020	Glicemie*1)	5,74
20	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,74
21	2.10304	HDL colesterol*1)	8,19
22	2.10305	LDL colesterol*1)	7,69
23	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,04
24	2.10402	TGP*1)	5,86
25	2.10403	TGO*1)	5,83
26	2.10404	Creatinkinaza CK	10,00
27	2.10406	Gama GT	7,99
28	2.10409	Fosfataza alcalina*1)	7,79
29	2.10500	Sodiu seric*1)	10,00

30	2.10501	Potasiu seric*1)	11,00
31	2.10503	Calciu seric total*1)	5,37
32	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7,88
33	2.10505	Magneziemie*1)	5,37
34	2.10506	Sideremie*1)	7,10
35	2.10507	Fosfor (fosfat seric)	13,00
36	2.2600	Examen complet de urina (sumar + sediment)*1)	9,34
37	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5,37
38	2.2612	Microalbuminuria (albumina urinara)*8)	22,00
39	2.2622	Dozare glucoza urinara*1)	5,37
40	2.2623	Creatinina urinara*8)	8,00
Imunologie			
41	2.2500	TSH*1)	20,50
42	2.2502	FT4*1)	20,83
43	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00
44	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	23,82
45	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82
46	2.2514	Cortizol	27,87
47	2.2521	Testosteron	30,10
48	2.2522	Estradiol	23,82
49	2.2523	Progesteron	25,31
50	2.2525	Prolactina	25,31
51	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	40,98
52	2.327092	Ag HBs (screening)*2)	31,15
53	2.327093	Anti HCV*2)	64,90
54	2.32710	Testare HIV la gravida*1)	33,29
55	2.40000	ASLO*1)	11,48
56	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1)	5,49
57	2.40013	Confirmare TPHA*4)	12,29
58	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	40,00
59	2.430011	Complement seric C3	10,84
60	2.430012	Complement seric C4	10,84

61	2.43010	IgG seric	14,77
62	2.43011	IgA seric	14,77
63	2.43012	IgM seric	15,10
64	2.43014	IgE seric	14,29
65	2.40053	Proteina C reactiva*1)	10,67
66	2.43040	Factor rheumatoid	9,34
67	2.43044	ATPO	39,00
68	2.43135	PSA*1)	23,07
69	2.43136	free PSA*6)	23,61
Microbiologie			
Exudat faringian			
70	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian – Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana*1)	15,29
71	2.50102	Examen fungic exudat faringian – Exame microscopic nativ si	15,29
		colorat, cultura si identificare fungica*1)	
Examen urina			
72	2.3100	Urocultura*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
73	2.50116	Examen fungic urina*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Examene materii fecale			
74	2.3062	Coprocultura*1) Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
75	2.50120_1	Examen micologic materii fecale – Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
76	2.5100	Examen coproparazitologic *1)	12,46
77	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	25,00
Examene din secretii vaginale			
78	2.3074	Examene din secretii vaginale – Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
79	2.50114	Examene din secretii vaginale – Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Examene din secretii uretrale			

80	2.3080	Examene din secretii uretrale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
81	2.50115	Examene din secretii uretrale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Examene din secretii otice			
82	2.3050	Examen bacteriologic din secretii otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
83	2.50119	Examen fungic din secretii otice - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Examene din secretii nazale			
84	2.3022	Examen bacteriologic din secretii nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana*1)	15,29
85	2.50103	Examen fungic din secretii nazale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica*1)	15,29
Examene din secretii conjunctivale			
86	2.3040	Examen bacteriologic din secretii conjunctivale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
87	2.50110	Examen fungic din secretii conjunctivale - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Examene din colectie purulenta			
88	2.5032	Examen bacteriologic din colectie purulenta - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare bacteriana	15,29
89	2.50120_2	Examen fungic din colectie purulenta - Examen microscopic nativ si colorat, cultura si identificare fungica	15,29
Testarea sensibilitatii la substante antimicrobiene si antifungice			
90	2.313	Antibiograma*5)	12,23
91	2.502	Antifungigrama*5)	14,55
Examinari histopatologice si citologice			
92	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completa HE*(1-3 blocuri) *7)	130 lei
93	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completa HE*(4-6 blocuri) *7)	250 lei

94	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completa HE* si coloratii speciale (1-3 blocuri) *7)	160 lei
95	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completa HE* si coloratii speciale (4-6 blocuri) *7)	280 lei
96	2.9030	Teste imunohistochimice *)	200 lei / set
97	2.9022	Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafina (1-3 blocuri)	100 lei
98	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau	40 lei
99	2.9025	Citodiagnostic lichid de punctie	80 lei

NOTA 1: *) Un set cuprinde 1- 4 teste si se deconteaza maxim 2 seturi; se efectueaza la recomandarea medicilor de specialitate din specialitatile oncologie si hematologie sau fara recomandarea medicului specialist pe raspunderea medicului de pe anatomie patologica atunci cand apreciaza necesar pentru stabilirea diagnosticului.

**) Laboratoarele inscriu pe buletinele de analiza rata estimata a filtrarii glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice, pentru asiguratii care au evidentiat pe biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice ca aceasta este evidentiat - management de caz pentru boala cronica de rinichi. In situatia in care pe buletinele de analiza ale pacientilor cu management de caz, nu este inscrisa rata estimata a filtrarii glomerulare (eRGF), investigatia nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate.

*1) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie numai pentru gravide si contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se deconteaza numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie in cazul in care hemoleucograma completa prezinta modificari de parametri, fara recomandarea medicului specialist sau de familie, pe raspunderea medicului de laborator.

*4) Se deconteaza numai in cazul in care VDRL sau RPR este pozitiv, fara recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din specialitatile clinice, pe raspunderea medicului de laborator.

*5) Se deconteaza numai in cazul in care cultura este pozitiva, fara recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitatile clinice, pe raspunderea medicului de laborator. Se deconteaza o antibiograma/ antifungigrama, dupa caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

*6) Se recomanda pentru bolnavii cu afectiuni oncologice, de catre medicii de specialitate din specialitatile clinice oncologie si hematologie si de catre medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferential al cancerului de prostata. Se deconteaza numai pentru valori determinate ale PSA cuprinse intre 4 - 10 nanograme/ml sau intre 4 - 10 micrograme/litru fara recomandarea medicului de familie sau de specialitate, pe raspunderea medicului de laborator.

*7) Tariful cuprinde bloc inclus la parafina, sectionare, colorare hematoxilin-eozina si diagnostic histopatologic.

*8) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asiguratii care au evidentiat pe biletul de trimitere

pentru investigatii paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva (BPOC) si boala cronica de rinichi, dupa caz.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene si fungice, pretul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultura si identificare.

NOTA 3: Toate examinarile histopatologice si citologice (cu exceptia testelor imunohistochimice) din pachetul de baza din ambulatoriu se efectueaza numai pentru probele recoltate in cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4: Investigatiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultatiilor preventive pentru copii cu varsta cuprinsa intre 2 si 18 ani, precum si pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevazute la nota de la punctul 1.2.1, respectiv nota de la punctul 1.2.3 din anexa 1 la ordin, se efectueaza pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se intocmeste distinct pentru aceste investigatii paraclinice si are completat campul corespunzator preventiei. Contravaloarea acestor investigatii paraclinice se suporta de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate

2. Lista investigatiilor paraclinice de radiologie - imagistica medicala, medicina nucleara si explorari functionale

Nr. Crt.	Denumire examinare radiologica/ imagistica medicala / explorare functionala	Tarif decontat de casa de asigurari de sanatate - lei -
1	2	3
I. Radiologie - Imagistica medicala		
A. Investigatii conventionale		
1. Investigatii cu radiatii ionizante		
1	Ex. radiologic cranian standard*1)	18
2	Ex. radiologic cranian in proiectie sinusuri anterioare ale fetei*1)	30
3	Ex. radiologic parti schelet in 2 planuri*1)	35
4	Radiografie de membre*1): a) Brat b) Cot c) Antebrat d) Pumn e) Mana f) Sold g) Coapsa	35

	h) Genunchi i) Gamba j) Glezna k) Picior l) Calcaneu	
5	Examen radiologic articulatii sacro-iliace*1)	35
6	Ex. radiologic centura scapulara*1)	23
7	Examen radiologic coloana vertebrala /segment*1)	35
8	Ex. radiologic torace ansamblu*1)	32
9	Ex. radiologic torace osos (sau parti) in mai multe planuri/Ex. radiologic torace si organe toracice*1)	32
10	Ex. radiologic vizualizare generala a abdomenului nativ*1)	32
11	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanta de contrast*1)	56
12	Ex. radiologic tract digestiv pana la regiunea ileo-cecala, cu substanta de contrast*1)	82
13	Ex. radiologic colon dublu contrast	100
14	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	70
15	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutata) cu substanta de contrast	220
16	Cistografie de reflux cu substanta de contrast	250
17	Pielografie	250
18	Ex. radiologic retrograd de uretra sau vezica urinara cu substanta de contrast	250
19	Ex. radiologic uretra, vezica urinara la copil cu substanta de contrast	250
20	Ex. radiologic uter si oviduct cu substanta de contrast	280
21	Radiografie retroalveolara	15
22	Radiografie panoramica	30
23	Mamografie in 2 planuri/pentru un san *1) - Obligatoriu in baza unui bilet de trimitere investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are mastectomie unilaterala	35

24	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanta de contrast	200
25	Osteodensitometrie segmentara (DXA)	25
2. Investigatii neiradiante		
26	Ecografie generala (abdomen + pelvis)*1)	60
27	Ecografie abdomen*1)	40
28	Ecografie pelvis*1)	30
29	Ecografie transvaginala/transrectala	50
30	Ecografie de vase (vene)	30
31	Ecografie de vase (artere)	30
32	Ecografie ganglionara	30
33	Ecografie transfontanelara	40
34	Ecografie de organ/articulatie/parti moi*2)	25
35	Ecografie obstetricala anomalii trimestrul II	350
36	Ecografie obstetricala anomalii trimestrul I cu TN	80
37	Senologie imagistica – ecografie pentru un san *1) – obligatoriu in baza unui bilet de trimitere investigatia se efectueaza pentru ambii sani, cu exceptia situatiilor in care asigurata are mastectomie unilaterala	40
38	Ecocardiografie	40
39	Ecocardiografie + Doppler	50
40	Ecocardiografie + Doppler color	55
41	Ecocardiografie transesofagiana	170
B. Investigatii de inalta performanta		
42	CT craniu nativ	120
43	CT buco-maxilo-facial nativ	150
44	CT regiune gat nativ	130
45	CT regiune toracica nativ	175
46	CT abdomen nativ	175
47	CT pelvis nativ	175
48	CT coloana vertebrala nativ/segment	60
49	CT membre nativ/membru	60

50	CT mastoida	150
51	CT sinusuri	150
52	CT craniu nativ si cu substanta de contrast	375
53	CT hipofiza cu substanta de contrast	375
54	CT buco-maxilo-facial nativ si cu substanta de contrast	400
55	CT regiune gat nativ si cu substanta de contrast	375
56	CT regiune toracica nativ si cu substanta de contrast	450
57	CT abdomen nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	400
58	CT pelvis nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos	400
59	CT coloana vertebrala nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos/segment	400
60	CT membre nativ si cu substanta de contrast administrata intravenos/membru	180
61	CT ureche interna	375
62	Uro CT	400
63	Angiografie CT membre	400
64	Angiografie CT craniu	400
65	Angiografie CT regiune cervicala	400
66	Angiografie CT torace	400
67	Angiografie CT abdomen	400
68	Angiografie CT pelvis	400
69	Angiocoronarografie CT	700
70	RMN cranio-cerebral nativ	450
71	RMN sinusuri	450
72	RMN torace nativ	450
73	RMN gat nativ	450
74	RMN regiuni coloana vertebrala (cervicala, toracica, lombosacrata) nativ	450
75	RMN abdominal nativ	450
76	RMN pelvin nativ	450
77	RMN extremitati nativ/segment (genunchi, cot, glezna etc.)	450

78	RMN umar nativ	450
79	RMN umar nativ si cu substanta de contrast	700
80	RMN torace nativ si cu substanta de contrast	700
81	RMN regiune cervicala nativ si cu substanta de contrast	700
82	RMN cranio-cerebral nativ si cu substanta de contrast	700
83	RMN regiuni coloana vertebrala (cervicala, toracala, lombosacrata) nativ si cu substanta de contrast	700
84	RMN abdominal nativ si cu substanta de contrast	700
85	RMN pelvin nativ si cu substanta de contrast	700
86	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, glezna etc.) cu substanta de contrast	700
87	RMN cord nativ	700
88	RMN cord cu substanta de contrast	700
89	RMN hipofiza cu substanta de contrast	700
90	Uro RMN cu substanta de contrast	850
91	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	400
92	Angiografia RMN artere renale sau aorta	400
93	Angiografie RMN /segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)	600
94	Angiografia carotidiana cu substanta de contrast	400
95	RMN abdominal cu substanta de contrast si colangio RMN	800
96	Colangio RMN	300
II. Explorari functionale		
97	EKG*1)	10
98	Holter TA	25
99	Spirometrie*1)	20
100	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	25
101	Peak-flowmetrie*1)	5
102	Electroencefalografia (EEG)	20
103	Electromiografie (EMG)	25
104	Testul de efort pentru evaluarea	20

	functiei respiratorii	
105	Spirometrie de efort	20
106	Bronhospirometrie	20
107	Teste de provocare inhalatorii	20
108	Inregistrare ECG continua ambulatorie, holter	75
III. Medicina nucleara		
109	Scintigrafia renala	450
110	Scintigrafia cerebrala (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrala - 30/90 min de la inj)	450
111	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardica efort)	450
112	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardica in repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardica repaus)	450
113	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonara/scintigrafie perfuzie pulmonara	450
114	Scintigrafia osoasa localizata	450
115	Scintigrafia osoasa completa	450
116	Scintigrafia hepatobiliara	450
117	Scintigrafia tiroidiana	450
118	Scintigrafia paratiroidiana	450

NOTA 1: *1) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Ecografie de organ - renala poate fi recomandata de medicii de familie numai pentru boala cronica de rinichi, pentru asiguratii care au evidentiat pe biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice management de caz.

NOTA 2: Filmele radiologice si substantele folosite sunt incluse in tarife.

NOTA 3: Indicatia de utilizare a substantei de contrast apartine medicului de specialitate radiologie si imagistica medicala care va confirma utilizarea substantei de contrast prin aplicarea parafei si semnaturii pe biletul de trimitere.

Investigatiile cu substanta de contrast sunt decontate de casele de asigurari de sanatate si in cazul in care utilizarea substantei de contrast a fost specificata in biletul de trimitere si avizata de medicul de radiologie-imagistica.

Pentru cazul in care se efectueaza o investigatie fara substanta de contrast, urmata din necesitate de o investigatie cu substanta de contrast, se deconteaza numai tariful investigatiei cu substanta de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialitati medicale clinice, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care isi desfasoara activitate in cabinete indiferent

de forma lor de organizare, in conditiile in care acestia au competenta/atestatele de studii complementare corespunzatoare specialitatii, dupa caz si dotarea necesara:

a) Serviciul prevazut la pozitia 26 se deconteaza medicilor de familie si medicilor de specialitate pentru specialitati clinice.

b) Serviciile prevazute la pozitia 27 si 28 se deconteaza medicilor de specialitate pentru specialitati clinice;

c) Serviciile prevazute la pozitia 29 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea obstetrica- ginecologie si numai pentru afectiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie si numai pentru afectiuni urologice – prostata si vezica urinara;

d) Serviciile prevazute la pozitiile: 30, 31, 38, 39, 40 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: cardiologie, medicina interna, neurologie, pediatrie, geriatrie si gerontologie; serviciile prevazute la pozitia 30 si 31 se deconteaza si pentru medicii de specialitate nefrologie; serviciul prevazut la pozitia 41 se deconteaza numai pentru medicii de specialitate cardiologie;

e) Serviciul prevazut la pozitia 32 se deconteaza medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generala, chirurgie orala si maxilo-faciala, pediatrie si medicina interna;

f) Serviciile prevazute la pozitia 33 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

g) Serviciile prevazute la pozitia 34 (ecografie de organ/de parti moi/de articulatie) se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: diabet, nutritie si boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, obstetrica-ginecologie, boli infectioase, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reabilitare medicala si reumatologie;

h) Serviciile prevazute la pozitiile 35 si 36 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea obstetrica-ginecologie cu supraspecializare in medicina materno-fetala;

i) Serviciile prevazute la pozitia 37 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: obstetrica- ginecologie, endocrinologie si oncologie;

NOTA 5: **a)** Pentru serviciile prevazute la pozitiile: 2 – 4, 7, 21, 23, 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 tariful se refera la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numarul de incidente recomandate si efectuate, cu exceptia serviciilor prevazute la poz. 2, 3, 4, 7, 21 si 23 pentru care tariful se refera la minim 2 incidente. In cazul explorarii mai multor segmente/membre, se deconteaza tariful pentru fiecare dintre acestea;

b) Pentru serviciul prevazut la pozitia 25 tariful se refera la explorarea unui singur segment; casele de asigurari de sanatate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o data pe an.

c) In cazul investigatiilor CT si RMN efectuate pentru copii cu varsta cuprinsa intre 0 – 8 ani care necesita efectuarea anesteziei generale si implicit prezenta unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigatiile CT si RMN prevazute la pozitiile: 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 la care tariful aferent se refera la explorarea unui singur segment anatomic/membru, in cazul examinarii simultane a doua sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurari de sanatate vor deconta majorarea de 20% aplicata numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de cate segmente anatomice se examineaza simultan.

NOTA 6: Serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se deconteaza numai pe baza de recomandare medicala asiguratilor in urmatoarele conditii:

a) Urgente medico-chirurgicale majore nominalizate in anexa nr. 22 la ordin;

b) Afectiuni in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare.

Investigatiile mentionate mai sus se efectueaza pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice. In acest caz biletul de trimitere cuprinde si datele din fisele de solicitare prevazute in anexa nr. 24 la ordin; biletele de trimitere se intocmesc in 2 exemplare, din care unul ramane la furnizorul care a facut recomandarea si un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta care il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se ataseaza de catre medicul trimitator, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigatii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigatiilor CT si RMN prevazute la lit. c) de la Nota 5 copiilor cu varsta cuprinsa intre 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spatiului si dotarilor necesare pentru perioada de pre si post anestezie, precum si dovada relatiei de munca cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigatii sunt decontate de casele de asigurari de sanatate numai daca fisa de solicitare este insotita de o copie a fisei de preanestezie pe care va fi aplicata parafa si semnatura medicului cu specialitatea ATI si care va avea acelasi circuit ca si fisa de solicitare.

NOTA 7: Medicii de familie, care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevazute la poz. 26, 97 si 99, respectiv ecografie generala (abdomen + pelvis), EKG si spirometrie.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitatile clinice pentru situatiile care se incadreaza la anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE)

nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa. Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice, de serviciile medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 18

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Art. 1. – Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice, se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in lei.

Art. 2. – (1) La stabilirea sumei contractate pentru investigatiile medicale paraclinice prevazute in anexa nr. 17 la ordin, de catre:

– furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologica, de investigatii medicale paraclinice de radiologie – imagistica medicala si de investigatii medicale paraclinice – explorari functionale),

– furnizorii de servicii medicale clinice (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),

– medicii de familie (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara),

– furnizorii de servicii de medicina dentara (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara), cu casa de asigurari de sanatate, se au in vedere:

a) numarul de investigatii paraclinice;

b) tarifele pentru analize medicale de laborator / tarifele aferente investigatiilor paraclinice de radiologie – imagistica medicala, medicina nucleara si explorari functionale prevazute in anexa nr. 17 la ordin.

Numarul de investigatii paraclinice negociat intre furnizorii de investigatii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii), medicii de familie (numai pentru ecografie generala – abdomen si pelvis, EKG si spirometrie), furnizorii de servicii de medicina dentara (numai pentru radiografia dentara retroalveolara si panoramica) si casele de asigurari de sanatate se stabileste in limita numarului de investigatii paraclinice necesar pe

total judet, determinat de comisia constituita conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare, cu incadrarea in suma prevazuta cu aceasta destinatie.

Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecarei casei de asigurari de sanatate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologica, investigatii de radiologie-imagistica medicala si explorari functionale, se stabileste de catre comisia constituita conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare cu incadrarea in suma prevazuta cu aceasta destinatie.

Sumele contractate de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

(2) Numarul investigatiilor paraclinice negociat este orientativ, existand obligatia incadrarii in valoarea lunara a contractului/actului aditional.

(3) Lunar, casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligatia incadrarii in limita valorii lunare de contract. In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract/act aditional, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract/act aditional valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care in aceeasi luna si-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional si se repartizeaza proportional in functie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data incheierii contractului pentru anul in curs pana la sfarsitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentand valoarea de contract.

Sumele rezultate din economii intr-o luna, de la investigatiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, anatomie patologica, de la investigatiile medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala si de la investigatiile medicale paraclinice - explorari functionale, se redistribuie furnizorilor care in aceeasi luna si-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigatii paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate si nu vor incheia subcontracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigatii paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinatia servicii medicale paraclinice se contracteaza de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de contracte, respectiv acte aditionale la contractele/actele aditionale initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data semnarii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului

aditional la contractul/actul aditional initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de selectie si contractare prevazute in prezentele norme, precum si reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, in situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului initial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) In situatii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigatii medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala, precum si servicii medicale paraclinice - explorari functionale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunara de contract/act aditional in limita a maxim 10%, cu exceptia lunii decembrie, cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii de contract/act aditional a lunii urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru trimestrul respectiv.

(7) In situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 si 20 la ordin se modifica in sensul diminuarii fata de conditiile initiale si furnizorii aduc la cunostinta caselor de asigurari de sanatate aceste situatii, in termen de maxim 15 zile lucratoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilita initial se diminueaza corespunzator, prin incheierea unui act aditional la contract. Sumele obtinute ca disponibil din aceste diminuari la nivelul caselor de asigurari de sanatate se vor folosi la reintregirea sumelor alocate cu destinatie initiala.

Neanuntarea acestor situatii si constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligatiilor contractuale din contractul de furnizare de investigatii paraclinice si conduce la rezilierea contractului.

Art. 3. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt in relatii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate in anexa nr. 17 la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurari de sanatate pentru investigatiile paraclinice sunt cele prevazute in anexa nr. 17 la ordin.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice precum si ecografii generale (abdomen si pelvis), EKG si spirometrie furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara, cuprinse in anexa nr. 17 la ordin, in conditiile prevazute in anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevazute in aceeasi anexa.

Pentru ecografiile, EKG-urile si spirometriile pentru care medicii de familie incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, programul de lucru se prelungeste corespunzator.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialitati medicale clinice incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungeste corespunzator.

Pentru medicii cu specialitati medicale clinice aceste investigatii medicale paraclinice pot fi efectuate atat ca urmare a actului medical propriu, cat si ca urmare a trimiterii de catre alti medici de specialitate in cadrul unui program suplimentar fata de cel contractat pentru serviciile medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice.

(3) Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza investigatiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie

urmare a consultatiilor preventive pentru copii cu varsta cuprinsa intre 2 si 18 ani, precum si pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevazute la nota de la punctul 1.2.1, respectiv nota de la punctul 1.2.3 din anexa 1 la ordin.

Contravaloarea acestor investigatii paraclinice se suporta de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, in cuantum de 12% raportata la suma totala contractata cu casele de asigurari de sanatate pentru analize medicale de laborator, defalcata proportional pe luni.

Prevederile nu se aplica furnizorilor care contracteaza cu casa de asigurari de sanatate numai servicii de anatomie patologica.

Pentru investigatiile paraclinice anterior mentionate, furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea activitatii in vederea decontarii, un centralizator al carui model este prevazut prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Art. 4. – (1) Biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in doua exemplare si are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin exceptie biletele de trimitere pentru efectuarea de investigatii paraclinice specifice pentru afectiunile cuprinse in unele programe nationale de sanatate: diabetul si bolile de nutritie precum si cele pentru afectiunile oncologice, au valabilitate de pana la 90 de zile calendaristice. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice specifice este de pana la 60 zile calendaristice. Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice – examinari histopatologice si citologice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice avand in vedere specificul recoltarii si transmiterii probei/probelor catre un furnizor de servicii de anatomie patologica. Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidentiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere ramane la medicul care a facut trimiterea si un exemplar este inmanat asiguratului. In situatia in care, din motive obiective, investigatiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentarii, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a-l programa in perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnand pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentarii pentru programare si data programarii, semnatura si stampila furnizorului; daca asiguratul refuza programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta sa se poata prezenta la alt furnizor de investigatii medicale paraclinice.

Pentru investigatii paraclinice – examinari histopatologice si citologice, daca recoltarea probei/probelor se face de catre medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare al biletului de trimitere raman la medicul care a facut recoltarea probei/probelor din care un exemplar insoteste proba/probele recoltate si se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologica impreuna cu aceasta/acestea.

La momentul prezentarii la furnizorul de investigatii paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigatiilor, cu exceptia examinarilor histopatologice si citologice, asiguratul va declara pe proprie raspundere pe verso-ul biletului de trimitere, ca a fost sau nu

internat pe perioada de la data eliberarii biletului de trimitere pana la data efectuarii investigatiilor.

Daca recoltarea probei/probelor se face intr-un laborator aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in vederea efectuarii unor examinari histopatologice/citologice in regim ambulatoriu, asiguratul declara pe proprie raspundere ca la momentul recoltarii nu se afla internat intr-o forma de spitalizare (continua sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectueaza investigatiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere pastreaza biletul de trimitere si il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurari de sanatate lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligatia sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza.

(2) Daca in perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice un asigurat se interneaza in spital fara ca investigatiile recomandate sa fie efectuate in ambulatoriu anterior internarii, biletul de trimitere isi pierde valabilitatea, cu exceptia biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice de inalta performanta daca acestea nu au fost efectuate in timpul spitalizarii, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesitatii efectuarii acestor investigatii de catre medicul care a facut trimiterea.

Investigatiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat in ambulatoriu pe perioada in care acesta a fost internat precum si in perioada de la data externarii pana la data expirarii termenului de valabilitate a biletului de trimitere, nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate sau daca acestea au fost decontate se recupereaza de la furnizorul de investigatii medicale paraclinice - daca pe verso-ul biletului de trimitere nu este consemnata declaratia asiguratului prevazuta la alin. (1), cu exceptia investigatiilor medicale paraclinice de inalta performanta daca acestea nu au fost efectuate in timpul spitalizarii, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesitatii efectuarii acestor investigatii de catre medicul care a facut trimiterea.

In situatia in care, casa de asigurari de sanatate constata ca, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, asiguratul a fost internat intr-un spital si declaratia pe proprie raspundere consemnata pe verso-ul biletului de trimitere este contrara celor constatate, prejudiciul se recupereaza de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplica biletelor de trimitere pentru examinari histopatologice/citologice.

In situatia in care, casa de asigurari de sanatate constata ca, la data recoltarii probei/probelor pentru examinari histopatologice/citologice la nivelul laboratorului sau de catre medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost

internat intr-un spital si declaratia pe proprie raspundere este contrara celor constatate, prejudiciul se recupereaza de la asigurat.

(3) Este interzisa inlocuirea sau adaugarea altor investigatii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) Fiecare casa de asigurari de sanatate isi organizeaza modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigatiile paraclinice.

In relatiile cu furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate, casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice acordate numai in baza biletelor de trimitere utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

(6) Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigatiile medicale paraclinice se acorda numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana.

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea investigatiilor medicale paraclinice. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitati paraclinice solicita bilet de trimitere pentru acordarea investigatiilor medicale paraclinice.

Art. 5. – Serviciile de inalta performanta (RMN, CT, scintigrafie si angiografie) se acorda in baza biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice de inalta performanta care se intocmeste in 2 exemplare, din care unul ramane la medicul care a facut trimiterea si unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta, pe care il va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara si are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice de la data la care acesta se implementeaza.

Art. 6. – (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice factureaza caselor de asigurari de sanatate,

lunar, si depune la casa de asigurari de sanatate pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizata in luna anterioara, conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

(2) Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligatia sa transmita zilnic casei de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; nerespectarea transmiterii acestor date pe perioada derularii contractului la a treia constatare in cadrul unei luni, conduce la rezilierea contractului.

Art. 7. – Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regasesc in anexa nr. 17 la ordin se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se elibereaza documentul fiscal, conform prevederilor legale in vigoare, cu indicarea serviciului prestat.

Art. 8. – In laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pot fi angajati numai medici precum si alte categorii de personal, in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare.

Art. 9. – Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati si casa de asigurari de sanatate.

Art. 10. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 18A
– model –

Furnizor de servicii medicale paraclinice . . . . . .
Sediul social/Adresa fiscala . . . . . .

DECLARATIE

Subsemnatul(a),
. . . . . legitimat(a) cu B.I./C.I. seria . . . ., nr. . . . . ., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii,
declar pe propria raspundere ca am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice si cu:
|_| Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti
|_| Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .

Data
. . . . . .

Reprezentant legal
(semnatura si stampila
. . . . . .)

ANEXA Nr. 18B
- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale: . . . . . .
Punct de lucru*1) . . . . . .

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI/CERCETATORI STIINTIFICI IN ANATOMIE-PATOLOGICA

Total medici =
Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Data eliberarii
B - Data expirarii
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafa
G - Specialitatea/Competenta
H - Specialitatea/Competenta*)
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	Certificat membru CMR				Asigurare de raspundere civila		Contract **)						
			Serie si nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabila pana la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completeaza in situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii

ASISTENTI MEDICALI DE LABORATOR/ASISTENTI DE CERCETARE STIINTIFICA IN ANATOMIE-PATOLOGICA

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Data eliberarii
B - Data expirarii

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		
			Serie si nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabila pana la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenti =

CHIMISTI MEDICALI/CHIMISTI

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafa (dupa caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberarii
E - Data expirarii

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		A	B	C
			Serie si nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabila pana la	Nr. contract	Tip contract			

Total chimisti =

BIOLOGI MEDICALI/BIOLOGI

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafa (dupa caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberarii
E - Data expirarii

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		A	B	C
			Serie si nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabila pana la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMISTI MEDICALI/BIOCHIMISTI

Total biochimisti =
Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafa (dupa caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberarii
E - Data expirarii

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila		Contract**)		A	B	C
			Serie si nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabila pana la	Nr. contract	Tip contract			

*1) In situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, se intocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA etc.).

NOTA: Se va completa in mod corespunzator un formular si pentru farmacist

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal: . . . . . .
Nume si prenume, semnatura, stampila: . . . . . .
. . . .
Data intocmirii: . . . . . .

ANEXA Nr. 18C
- model -

Furnizor de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala . . . . . .
Punct de lucru*1) . . . . . .

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Data eliberarii
B - Data expirarii
C - Valabila pana la
D - Valoare
E - Nr. contract
F - Tip contract
G - Specialitatea/Competenta
H - Specialitatea/Competenta*)
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de raspundere civila			Contract **)						
			Serie si nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafa	G	H	I

*) se completeaza in situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii

Total medici =

OPERATORI

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Tip de activitate**)
B - Data eliberarii
C - Data expirarii
**) absolvent colegiu imagistica medicala, asistent medical imagistica medicala, bioinginer, fizician

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociatie profesionala		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)	A
			Serie si nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract			

Total operatori =

ASISTENTI MEDICALI

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Data eliberarii
B - Data expirarii
C - Valabila pana la
D - Nr. contract
E - Tip contract

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociatie profesionala				Asigurare de raspundere civila	Contract **)		Program de lucru	Specialitatea/ Competenta
			Serie si nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenti medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURA MEDICALA

Nr. crt.	Nume si prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociatie profesionala		Contract**)		Program de lucru	Cod parafa (dupa caz)
			Serie si nr.	Data eliberarii	Data expirarii	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatura medicala =

**) Se va specifica forma legala in care se exercita profesia (contract de munca, PFA etc.).

Raspundem de corectitudinea si exactitatea datelor

Reprezentant legal . . . . . .
Nume si prenume, semnatura, stampila . . . . . .
. . . .
Data intocmirii . . . . . .

ANEXA Nr. 19

CRITERII
privind selectia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I

Criterii de selectie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii trebuie sa indeplineasca cumulativ urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

2. a) Sa faca dovada capacitatii tehnice a fiecarui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigatiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevazute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu exceptia examinarilor de anatomie patologica (histopatologice si de citologie).

b) Pentru examinarile de anatomie patologica (histopatologice si de citologie), furnizorul are obligatia de a face dovada capacitatii tehnice numai in situatia in care solicita contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un inscris cu mentiunea seriei, a anului de fabricatie, a capacitatii de lucru si a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producator/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

4. Sa faca dovada ca toata durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurari de sanatate, care nu poate fi mai mica de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperita prin prezenta unui medic de specialitate medicina de laborator sau biolog medical, chimist medical, biochimist medical – cu grad de specialist, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Sa faca dovada ca toata durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurari de sanatate, care nu poate fi mai mica de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperita prin prezenta unui medic de specialitate anatomie patologica.

Sa faca dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa ca in cadrul acestuia/acestora isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei care sa acopere cel putin o norma/zi (6 ore).

In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizata si avizata o structura care efectueaza examinari histopatologice si/sau citologice, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei.

5. Sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate, pe toata perioada de derulare a contractului cu casa de asigurari de sanatate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmeaza a fi cuprinse in contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator pentru:

subcriteriul a) "indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta"

subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competentei pentru laboratoare de analize medicale" pentru minim 43 de analize din numarul de analize cuprinse in lista investigatiilor paraclinice Numarul total de analize cuprinse in lista investigatiilor medicale paraclinice este de 91.

NOTA: Pentru laboratoarele de anatomie patologica nu se aplica punctul 2.a) si punctul 5.

6. Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producatorul de aparatura de laborator, reactivi si consumabile, certifica respectarea standardului EN ISO 13485:2003 pentu toate aparatele, reactivii si consumabile utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice – analize medicale de laborator – stabilit pe total judet

1. Numarul de investigatii paraclinice – analize de laborator se stabileste la nivelul fiecarui judet de catre comisia infiintata conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

2. La stabilirea sumelor ce se contracteaza cu furnizorii de analize medicale de laborator se au in vedere urmatoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%

2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator – obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator sunt obligati sa faca dovada detinerii legale a aparaturii prin documente conforme si in termen de valabilitate.

b) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa verifice daca seria si numarul aparatului existent in cadrul laboratorului sunt conforme cu seria si numarul aparatului inscrise in cuprinsul documentelor care atesta existenta si detinerea legala a acestora.

c) Furnizorii sunt obligati sa prezinte toate fisele tehnice corespunzatoare aparatelor detinute si pentru care incheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurari de sanatate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au inscrise pe ele seria si numarul, si nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fisele tehnice conforme ale acestora, avand mentionate seriile echipamentelor si nici cele care nu au declaratii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Daca doi sau mai multi furnizori prezinta aparate inregistrate cu aceeasi serie si numar inainte sau in perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv si nu se mai iau in calcul la nici unul dintre furnizori.

In acest sens, casele de asigurari de sanatate verifica capacitatea tehnica a fiecarui furnizor si transmit Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in termen de 10 zile calendaristice de la data incheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situatia centralizatoare cu privire la:

- tipul si denumirea fiecarui aparat
- seria si numarul fiecarui aparat
- tipul, numarul si data documentului care dovedeste detinerea legala a fiecarui aparat.

Constatarea ulterior incheierii contractului, a existentei unor aparate de acelasi tip si cu aceeasi serie si numar la doi furnizori sau in doua laboratoare/puncte de lucru ale aceluiasi furnizor, conduce la aplicarea masurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care sa includa verificarile periodice conform normelor producatorului aparatului, incheiat cu un furnizor avizat atat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare, cat si de producator, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achizitionate "second hand". Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a mentinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut care efectueaza servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii incheiat cu casa de asigurari de sanatate. Aparatele mai vechi de 8 ani calculati de la data fabricarii nu se puncteaza.

Punctajul pentru fiecare aparat se acorda dupa cum urmeaza:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) – analizor pana la 18 parametri inclusiv pentru viteza mai mare de 60 de teste/ora se adauga 5 puncte – 10 puncte

b) – analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formula leucocitara completa – 5 DIF) – 25 puncte

– pentru viteza mai mare de 60 de teste/ora se adauga 5 puncte

– pentru mai mult de 22 de parametri se adauga 5 puncte

– pentru modul flowcitometric – se adauga 10 puncte

*) De mentionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de catre medicul de laborator cu specializare in hematologie sau cu specializare medicina de laborator pentru care hematologia a intrat in curricula de pregatire sau de catre un biolog, biochimist sau chimist specialisti cu specializare in hematologie.

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevazute la pct. 1.1.

1.2. Hemostaza:

a) analizor coagulare semiautomat – 10 puncte

b) analizor de coagulare complet automat – 20 puncte

NOTA: Se iau in calcul maxim 2 aparate in vederea acordarii punctajului.

1.3. Imunohematologie: – 2 puncte

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

a) intre 1 – 10 pozitii – 5 puncte

b) intre 11 – 20 pozitii – 10 puncte

c) peste 21 pozitii – 15 puncte

NOTA: Se iau in calcul maxim 2 aparate in vederea acordarii punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metoda manuala

- identificarea germenilor – 10 puncte
- efectuarea antibiogramei – 8 puncte

2.2. Micologie: Metoda manuala

- decelarea prezentei miceliilor si identificarea miceliilor – 10 puncte
- efectuarea antifungigramei – 8 puncte

2.3 Analizoare microbiologie (bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie – 40 puncte

Se considera analizor automat de microbiologie echipamentul care efectueaza atat identificarea bacteriilor sau fungilor cat si antibiograma sau antifungigrama in mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat masurarii turbiditatii suspensiilor bacteriene cat si galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim 2 aparate.

2.4. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu – 2 puncte

3. Biochimie serica si urinara:

a) Analizoare pentru biochimie:

- a1 analizor semiautomat – 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat – 15 puncte
- a3 – analizor automat biochimie – 30 puncte

a3.1. pentru determinari prin turbidimetrie se adauga 10 puncte

a3.2. pentru modul ioni se adauga 15 puncte

a3.3. pentru viteza aparatului, se adauga 0,06 puncte/proba/ora

Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera a1, a2 si a3

b) Analizoare pentru electroforeza

- b1 analizor semiautomat – 10 puncte
- b2 analizor automat – 30 puncte

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera b)

c) Analizoare pentru examen de urina: :

- c1 – analizor semiautomat – 5 puncte
- c2 – analizor automat – 20 puncte

Se iau in calcul in vederea acordarii punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevazute la litera c)

4. Imunologie:

4.1. Serologie: – 2 puncte

4.2. Metoda ELISA

a1 – sistem semiautomatizat Elisa – 15 puncte

a2 – sistem automatizat Elisa cu:

- o microplaca – 25 puncte
- doua microplaci simultan se adauga 5 puncte
- 4 microplaci simultan se adauga 10 puncte
- 6 microplaci simultan se adauga 15 puncte

4.3. Sisteme speciale

b1 – sisteme speciale semiautomate: – 25 puncte

b2 – sisteme speciale automate: – 50 puncte

In functie de capacitatea de lucru a aparatului prevazut la punctul b2), pentru fiecare investigatie/ora se acorda cate 0,6 puncte. Viteza se ia in calcul o singura data indiferent de numarul de metode al aparatului

In cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metoda de lucru in plus, se adauga cate 20 puncte.

NOTA: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care isi pipeteaza singur si in mod automat volumul necesar de lucru atat din proba biologica cat si din reactiv. In fisele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie sa fie specificat clar ca toate etapele de lucru se efectueaza automat. In caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se puncteaza maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat si indiferent de metoda de lucru – ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe urmatoarele metode:

- CLIA – Chemiluminescenta (Test Imunologic pe baza de Chemiluminiscenta)
- ECLIA – Electrochemiluminescenta (Test Imunologic pe baza de Electrochemiluminiscenta)
- MEIA, EIA – Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologica Enzimatica; Metoda Imunologica Enzimatica pe baza de Microparticule)
- FPIA – Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologica prin Fluorescenta de Polarizare)
- REA – Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiata)
- CMIA – Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologic de Chemiluminiscenta pe baza de Microparticule)
- EMIT – Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologica Enzimatica Dubla)
- RAST – Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA – Radioimmunoassay (Metoda Imunologica pe baza de Radioizotopi)
- IFA – Immunofluorescence (Test Imunologic pe baza de Imunofluorescenta)
- ELFA cu detectie in fluorescenta – Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenta
- TRACE – Emisie amplificata de europium

5. Citologie

Microscop optic cu examinare in lumina polarizata/UV 6 puncte

Microscop optic fara examinare in lumina polarizata/UV 4 puncte

6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor . . . . . 40 puncte (de la proba pana la bloc de parafina)
- Sistem de colorare automata a lamelor . . . . . 15 puncte
- Procesor de tesuturi – histoprocesor automat fara vacum 5 puncte
- Procesor de tesuturi – histoprocesor automat cu vacum 6 puncte
- Aparat coloratie automatizata histochimica 5 puncte
- Aparat coloratie automatizata imunohistochimie 7 puncte
- microtom parafina 5 puncte
- criotom 7 puncte
- termostat pentru parafina 1 punct
- platina sau baie termostatata 1 punct
- balanta analitica 1 punct

- pH-metru 1 punct
- masa absorbanta pentru vapori toxici 1 punct
- baterie colorare manuala hematoxilina - eozina 1 punct
- baterie manuala pentru imunohistochimie 1 punct

NOTA: referitor la resursele tehnice nu se puncteaza aparatele pentru care in compartimentele respective nu desfasoara activitate cel putin un angajat cu studii superioare de specialitate.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat in laborator.

Punctajul se acorda pentru fiecare personal medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma legala, cu norma intreaga, iar pentru fractiuni de norma se acorda punctaj direct proportional cu fractiunea de norma lucrata.

1. medic primar de specialitate 40 puncte;

2. medic specialist 30 puncte;

3. chimisti medicali, biologi medicali, biochimisti medicali, principali 25 puncte;

4. chimisti medicali, biologi medicali, biochimisti medicali, specialisti 20 puncte;

5. chimisti, biologi, biochimisti 15 puncte;

6. farmacist 15 puncte;

7. asistenti medicali de laborator cu studii superioare 10 puncte;

8. asistenti medicali de laborator fara studii superioare 8 puncte.

9. cercetator stiintific CP 1 si CP 2 in anatomie-patologica 40 puncte

10. cercetator stiintific CP 3 si CS in anatomie-patologica 30 puncte

11. asistenti de cercetare stiintifica in anatomie-patologica 25 puncte

C. Logistica:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele in maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct
- direct medicului - 3 puncte
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte

2. software dedicat activitatii de laborator - care sa contina inregistrarea si evidenta biletelor de trimitere (serie si numar bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafa si numarul de contract al medicului care a recomandat, tipul si numarul investigatiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiza si arhivarea datelor de laborator, precum si raportarea activitatii desfasurate in conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurari de sanatate (se prezinta specificatiile tehnice ale aplicatiei, care se verifica la sediul furnizorului):

- operational - instalat si cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;

3. website - care sa contina minimum urmatoarele informatii:

a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de functionare, certificari/acreditari - 2 puncte/ punct de lucru

b - chestionar de satisfactie a pacientilor (cu obligatia actualizarii semestriale a rezultatelor si afisarea pe site-ul furnizorului) - 5 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participa cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casa de asigurari de sanatate, punctajul corespunzator pct. 1 si 3b se acorda o singura data

pentru punctul de lucru pentru care opteaza furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Punctajele se aplica in mod corespunzator si laboratoarelor de anatomie-patologica.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50 %

a) 50% din suma corespunzatoare acestui criteriu se aloca pentru subcriteriul "indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta", in conformitate cu SR EN ISO 15189 si care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare insotit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a incheiat contract, in termen de valabilitate.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel:

a1) - se acorda cate un punct pentru fiecare analiza medicala de Biochimie serica si urinara, Hematologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut acreditarea;

a2) - se acorda cate 2 puncte pentru fiecare analiza medicala de imunologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut acreditarea;

a3) - se acorda cate 3 puncte pentru fiecare analiza medicala de microbiologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin si cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s- a facut acreditarea;

NOTA: Fiecare cod de investigatie din lista analizelor de laborator prevazuta in anexa nr. 17 la ordin, reprezinta o singura analiza chiar daca analiza respectiva este compusa din mai multi parametri.

b) 50% din suma corespunzatoare acestui criteriu se aloca pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale". Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel:

b1) - se acorda cate un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecarei analize din domeniile de biochimie serica si urinara si hematologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori in anul calendaristic anterior; La un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 0,5 puncte in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fata de cele 4 participari obligatorii.

b2) - se acorda cate 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecarei analize din domeniul de imunologie prevazuta in anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori in anul calendaristic anterior; La un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 1punct in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fata de cele 4 participari obligatorii.

b3) - se acorda cate 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecarei analize din domeniul de microbiologie si din celelalte domenii, altele decat cele mentionate la lit. b1) si b2 pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competentei cu conditia ca aceasta sa se fi efectuat de cel putin 4 ori

in anul calendaristic anterior. La un numar de participari mai mare de 4 ori pe an, se acorda cate 1,5 puncte in plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participari suplimentar fati de cele 4 participari obligatorii.

NOTA: **1.** Schemele de intercomparare laboratoare trebuie sa fie notificate de Ministerul Sanatatii.

2. La stabilirea punctajului se iau in calcul participarile din anul calendaristic anterior. O participare se defineste ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control. Mai multe rapoarte de evaluare pentru acelasi material de control se puncteaza drept o singura participare.

3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competentei de cel putin 4 ori in anul 2014: pe format de hartie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competentei pentru toti analitii la care laboratorul a participat in anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competentei si dovezi ale platilor efectuate si in format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competentei, care sa contina indicii statistici specifici laboratorului.

4. Actele doveditoare pentru participarea de cel putin 4 ori/an la scheme de testare a competentei in anul 2015: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competentei si anexe din care sa reiasa tipul analizelor si frecventa cu care vor participa la schemele de testare a competentei. Pe parcursul derularii contractului obligatia participarii la schemele de testare a competentei de cel putin 4 ori/an ramane valabila in aceleasi conditii.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinatia de analize medicale de laborator, stabilit in conditiile art. 2 alin. (1) din anexa nr. 18 la ordin se repartizeaza pentru fiecare criteriu in parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "indeplinirea cerintelor pentru calitate si competenta" si 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competentei pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor.

C. Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor prevazute la lit. A la numarul de puncte corespunzator fiecarui criteriu/subcriteriu, numar stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevazute la lit. A se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor corespunzator fiecarui criteriu/subcriteriu, rezultand sumele aferente fiecarui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologica, se stabileste de catre comisia constituita conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul

sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

Pentru furnizorii de investigatii medicale paraclinice – laboratoare de anatomie patologica – criteriile specifice de selectie se aplica in mod corespunzator.

ANEXA Nr. 20

CRITERII
privind selectia furnizorilor de servicii medicale paraclinice – radiologie si imagistica medicala, repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii medicale paraclinice de radiologie–imagistica medicala

CAPITOLUL I
Criterii de selectie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice – radiologie si imagistica medicala

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii trebuie sa indeplineasca cumulativ urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

2. Sa faca dovada capacitatii tehnice de a efectua investigatiile de radiologie si/sau imagistica medicala din Lista de investigatii paraclinice – radiologie si imagistica medicala pentru fiecare laborator de radiologie–imagistica medicala/punct de lucru din structura acestuia ce urmeaza a fi cuprins in contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – radiologie si imagistica medicala, astfel:

a. Laborator de radiologie si imagistica medicala – investigatii conforme cu certificatul de inregistrare a cabinetului in Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generala, ca prestatie independenta: ecografie generala efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice si medici de familie;

c. Ecografia de vase – artere, vene, ca prestatie independenta: efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice: cardiologie, pediatrie, medicina interna, nefrologie, neurologie, geriatrie si gerontologie;

d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestatie independenta in cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, si neurologie;

f. Ecocardiografia transesofagiana ca prestatie independenta: efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitate cardiologie;

g. Ecografia transfontanelara efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis si de abdomen efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice;

i. Radiografia dentara ca prestatie independenta in cadrul cabinetelor de medicina dentara.

j. Ecografia obstetricala anomalii trimestrul II efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medicii de specialitate obstetrica-ginecologie cu supraspecializare in medicina materno-fetala;

k. Ecografia obstetricala anomalii trimestrul I cu TN efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medicii de specialitate obstetrica-ginecologie cu supraspecializare in medicina materno-fetala;

l. Ecografia transvaginala/transrectala efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medicii de specialitate obstetrica-ginecologie si numai pentru afectiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie si numai pentru afectiuni urologice - prostata si vezica urinara;

m. Ecografie de organ/de parti moi/de articulatie, ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice: diabet, nutritie si boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, obstetrica-ginecologie, boli infectioase, ortopedie si traumatologie, ortopedie pediatrica, reabilitare medicala si reumatologie;

n) Senologia imagistica ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medici din specialitatile clinice: obstetrica-ginecologie, endocrinologie si oncologie;

o) Ecografia ganglionara ca prestatie independenta in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generala, chirurgie orala si maxilo- faciala, endocrinologie, pediatrie si medicina interna.

NOTA: Furnizorul va prezenta fisa tehnica eliberata de producator, pentru fiecare aparat care este luat in calcul la criteriul de capacitate tehnica pentru caracteristicile specifice aparatelor; mediciitrebuie sa aiba competente/supraspecializari/atestate de studii complementare de ecografie corespunzator specialitatii, dupa caz.

3. Sa faca dovada ca pe toata durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurari de sanatate, care nu poate fi mai mica de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistica medicala/punct de lucru din structura, isi desfasoara activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistica medicala, intr-o forma legala de exercitare a profesiei, care sa acopere o norma intreaga (6 ore).

4. Sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate prin certificare in conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau un alt standard adoptat in Romania, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmeaza a fi cuprinse in contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistica medicala pe toata durata de valabilitate a contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate. Prevederea nu se aplica furnizorilor care au incheiat contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice si de servicii de medicina dentara, pentru care casele de asigurari de sanatate incheie acte aditionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice – radiologie si imagistica medicala, stabilit pe total judet

1. Numarul de investigatii de radiologie-imagistica medicala se stabileste la nivelul fiecarui judet de comisia infiintata conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

2. La stabilirea numarului de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala si a sumelor ce se contracteaza cu furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala se au in vedere urmatoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%

2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacitatii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie si imagistica medicala sunt obligati sa faca dovada detinerii legale a aparaturii prin documente conforme si in termen de valabilitate.

b) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa verifice daca seria si numarul aparatului existent in cadrul laboratorului sunt conforme cu seria si numarul aparatului inscrise in cuprinsul documentelor care atesta existenta si detinerea legala a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria si numarul aparatului sunt cele din autorizatia emisa de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligati sa prezinte toate fisele tehnice corespunzatoare aparatelor detinute si pentru care incheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurari de sanatate.

d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au inscrise pe ele seria si numarul, si nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fisele tehnice conforme si nici cele care nu au declaratii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Daca doi sau mai multi furnizori prezinta aparate inregistrate cu aceeasi serie si numar inainte sau in perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv si nu se mai iau in calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac exceptie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica care isi desfasoara activitatea utilizand acelasi spatiu si aceleasi echipamente specifice detinute si/sau utilizate in comun in conditiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevazute de actele normative in vigoare si numai in conditiile in care personalul medical de specialitate al fiecarui furnizor isi desfasoara activitatea cu respectarea dispozitiilor

Hotararii Guvernului nr. 400/2014 si ale prezentului ordin si intr-un program de lucru distinct. In aceasta situatie, pentru fiecare furnizor, echipamentele detinute/utilizate in comun se puncteaza proportional, functie de programul in care este utilizat aparatul, fara a se depasi punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

g) Furnizorii vor prezenta contract de service care sa includa verificarile periodice conform normelor producatorului aparatului, incheiat cu un furnizor avizat atat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare, cat si de producator, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

h) Furnizorii au obligatia sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare si/sau buletinul de verificare periodica care sa certifice ca softurile sunt actualizate conform normelor producatorului, emise conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare. Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a mentinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut. Aparatele mai vechi de 9 ani calculati de la data fabricarii nu se puncteaza.

Punctajul pentru fiecare aparat se acorda dupa cum urmeaza:

a) 1. radiologie (scopie) – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

2. radiologie (grafie) se acorda 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

b) post independent de radiografie – se acorda 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

c) radiografie dentara – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

d) aparate de radiologie mobile – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

Pentru echipamentele de radiologie, dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- tipul de achizitie
-- partial digitalizat (placi fosforice) 15 puncte;
-- direct digital 30 puncte;
- optiuni:
-- stepping periferic 5 puncte;
-- cuantificarea stenozelor 5 puncte;
-- optimizarea densitatii 5 puncte;
-- trendelenburg 3 puncte;
-- afisare colimatori fara radiatie 3 puncte;
-- stand vertical 3 puncte;
-- tomografie plana 1 punct;
-- 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- tipul de achizitie:
-- partial digital 15 puncte;
-- digital 30 puncte;
- dimensiunea campului de expunere: 1 punct;

- existenta de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- mod de lucru al unitatii de baza:
-- B (sau 2D): 1 punct;
-- M: 1 punct;
-- Doppler color: 2 puncte;
-- Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
-- Doppler pulsat: 1 punct;
-- triplex: 0.5 puncte;
-- achizitie imagine panoramica: 1 punct;
-- achizitie imagine panoramica cu Doppler color: 1 punct;
-- achizitie imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
-- monitor alb-negru/color – 1 punct;
-- modalitati de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare optiune se adauga 1 punct;
- aplicatii software incluse (abdomen, parti moi, obstetrica-ginecologie) 1 punct;
- stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
- printer alb-negru/color 1 punct;

Nota: se ia in calcul 1 aparat pe medic in vedere acordarii punctajului.

g) computer tomografie – se acorda 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral – se acorda 15 puncte pentru fiecare computer tomograf secvential

Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- numarul de sectiuni concomitente:
-- 2 – 8 sectiuni 25 puncte;
-- 16 – 32 sectiuni 40 puncte;
-- peste 32 sectiuni 70 puncte;
- timp de achizitie a imaginii:
-- 0,5 – 1 secunda: 10 puncte;

sau

-- < 0,5 secunde: 20 puncte;
- aplicatii software*) instalate pe computerul tomograf:
-- 3D: 2 puncte;
-- Circulatie – 64 slice 2 puncte;
-- evaluare nodul pulmonar – 16 slice 2 puncte;
-- perfuzie – 64 slice 2 puncte;
-- colonoscopie – 64 slice 2 puncte;
-- angiografie cu substractie de os – 16 slice 2 puncte;
-- dental – 2 slice 2 puncte
-- software pentru monotorizarea nivelurilor de doza de referinta 10 puncte
-- software pentru justificarea si optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte

*) se puncteaza daca in documentatia de detinere si de punere in functiune exista dovada documentata a aplicatiilor mentionate instalate pe echipament

- accesorii – printer
- digital 5 puncte;

- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- statie de post procesare si software aferent*): 20 puncte;

*) se va puncta daca in documentatia de punere in functiune exista dovada detinerii si instalarii echipamentului

h) imagistica prin rezonanta magnetica – se acorda 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu camp magnetic de 1 T si peste 1 T.

- se acorda 30 de puncte pentru aparatele de rezonanta magnetica cu camp magnetic sub 1 T;

Punctajul se acorda pentru aparatele RMN in vedera efectuarii investigatiilor la nivelul urmatoarelor segmente: cap, coloana vertebrala, gat, sistem musculo-scheletal – extremitati;

Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- pentru fiecare tip de antena instalata*) se adauga: 20 puncte;

*) se puncteaza daca in documentatia de detinere si de punere in functiune exista dovada documentata a echipamentelor

3. Aplicatii software*) instalate pe RMN

- Post-procesare 3D – prelucrarea achizitiilor in 3D: 10 puncte
- Tractografie – vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie – cuantificarea permeabilitatii tumorale in functie de modelul farmacocinetic al substantei de contrast pentru patologia cerebrala si a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fara substanta de contrast – permite vizualizarea neinvaziva a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzatoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac – evaluarea viabilitatii, perfuziei si dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp in totalitate – scanarea intregului corp intr-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp in totalitate – permite vizualizarea sistemului vascular a intregului corp de la arcul aortic pana la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

*) se puncteaza daca in documentatia de detinere si de punere in functiune exista dovada documentata a aplicatiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer
-- digital: 5 puncte;
-- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Statie de post procesare si software aferent*) (alta decat statia de vizualizare) 20 puncte.

*) se va puncta daca in documentatia de detinere si de punere in functiune exista dovada echipamentului

i) medicina nucleara (Gamma Camera) – se acorda 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

– cu o camera de citire 5 puncte;

– injector automat 15 puncte;

– cu doua camere de citire 15 puncte;

– Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie segmentara (DXA) – se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia si stocarea imaginilor:

– camera obscura umeda manuala 1 punct;

– developator automat umed 3 puncte;

– developator umed day light 5 puncte;

– cititor de placi fosforice (CR) 15 puncte;

– developare automata uscata: 10 puncte;

– arhiva filme radiografice 5 puncte;

– arhiva CD 15 puncte;

– arhiva de mare capacitate (PACS) 50 puncte;

– digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: In vederea acordarii punctajului pentru fiecare dispozitiv medical detinut in punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achizitie, anexa care descrie si confirma configuratia tehnica a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se puncteaza doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contracteaza cu casele de asigurari de sanatate.

NOTA 3: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistica medicala care participa cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acorda pentru fiecare aparat/echipament aflat intr- un laborator/punct de lucru pentru care se incheie contract cu casa de asigurari de sanatate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acorda urmatorul punctaj:

– medici:

-- medic specialist radiologie si imagistica medicala: 30 puncte;

-- medic primar radiologie si imagistica medicala: 40 puncte;

-- medic specialist medicina nucleara: 30 puncte;

-- medic primar medicina nucleara: 40 puncte;

-- medic specialist anestezist 30 puncte;

-- medic specialist medicina de urgenta 30 puncte;

-- medic primar anestezist 40 puncte;

-- medic primar medicina de urgenta 40 puncte;

-- medic cu competenta/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obtinuta in ultimii 5 ani 10 puncte;

-- medic cu competenta/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acorda pentru medicii din specialitatile clinice si medicii de familie care efectueaza servicii medicale paraclinice – ecografii in baza actelor aditionale incheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara) 15 puncte;

-- medic de familie – (punctajul se acorda pentru medicii de familie care efectueaza servicii medicale paraclinice – EKG si/sau spirometrie in baza actelor aditionale incheiate la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara)*) 5 puncte

-- medic dentist 13 puncte;
-- medic dentist specialist 15 puncte;
-- medic dentist primar (punctajul se acorda pentru medicii dentisti care efectueaza radiografii dentare retroalveolare si panoramice in baza actelor aditionale incheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicina dentara) 20 puncte;
-- medic specialist explorari functionale 15 puncte;
-- medic primar explorari functionale 20 puncte;
- operatori:
-- absolvent colegiu imagistica medicala 11 puncte;
-- asistent medical imagistica medicala: 9 puncte;
-- bioinginer: 13 puncte;
-- fizician: 13 puncte;
- asistenti medicali:
-- de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
-- de radiologie fara studii superioare 8 puncte;
- asistenti generalisti pentru Eco + ATI 7 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatura medicala 9 puncte.

NOTA: Punctajul se acorda pentru fiecare personal medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma legala, cu norma intreaga, iar pentru fractiuni de norma se acorda punctaj direct proportional cu fractiunea de norma lucrata.

*) Daca acelasi medic de familie incheie act aditional atat pentru ecografie cat si pentru EKG si/sau spirometrie punctajul acordat este 20 puncte

C. Logistica:

a) distributia rezultatelor investigatiilor la medicul care a recomandat investigatia:
- retea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini in perimetrul limitrof si la distanta (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activitatii de laborator care sa contina inregistrarea si evidenta biletelor de trimitere (serie si numar bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafa si numarul de contract al medicului care a recomandat, tipul si numarul investigatiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiza si arhivarea datelor de laborator, precum si raportarea activitatii desfasurate in conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurari de sanatate (se prezinta specificatiile tehnice ale aplicatiei, care se verifica la sediul furnizorului):
- operational - instalat si cu aparate conectate pentru transmitere de date - 10 puncte;

c) website - care sa contina minimum urmatoarele informatii:

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru 2 puncte/laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de punct de functionare, certificari/acreditari lucru.

c2 - chestionar de satisfactie a pacientilor (cu obligatia 5 puncte. actualizarii semestriale a rezultatelor si afisarea pe site-ul furnizorului)

d) teleradiologie:
- server in centrul de achizitie 10 puncte
- server in centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte

Punctajul se acorda o singura data indiferent daca furnizorul ofera servicii de teleradiologie CT sau RMN sau si CT si RMN.

Pentru furnizorii de investigatii paraclinice de radiologie-imagistica medicala care participa cu mai multe puncte de lucru la

contractare cu o casa de asigurari de sanatate, punctajul pentru lit. a) si c.2 se acorda o singura data pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care opteaza furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acorda astfel:

- pentru furnizorii care asigura un program de 12 ore zilnic, de luni pana vineri, se acorda 30 puncte
- pentru furnizorii care asigura un program de 12 ore zilnic, inclusiv sambata, duminica si sarbatori legale se acorda 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistica medicala care participa cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acorda pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afiseaza pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinatie de investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala se repartizeaza pentru fiecare criteriu in parte, astfel:

a) 90% pentru criteriul de evaluare;

b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor la cele doua criterii.

C. Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor prevazute la lit. A la numarul total de puncte corespunzator fiecarui criteriu, numar stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre cele 2 criterii se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultand sume aferente fiecarui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea celor doua sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, investigatii de radiologie si imagistica si explorari functionale, se stabileste catre comisia constituita conform art. 72 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

Pentru furnizorii de explorari functionale - criteriile specifice de selectie se aplica in mod corespunzator (numai investigatiile, aparatele si personalul specific).

G. In situatia in care niciunul dintre furnizori nu indeplineste criteriul de disponibilitate, suma corespunzatoare aplicarii prevederilor lit. A lit. b) se repartizeaza la criteriul prevazut la lit. A lit. a).

ANEXA Nr. 21
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .,

si

Laboratorul de investigatii medicale paraclinice organizat conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata:

- laboratorul individual . . . . . ., ..., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . . avand sediul in municipiul/orasul . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin medicul titular . . . . . .;
- laboratorul asociat sau grupat . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin medicul delegat . . . . . .;
- societatea civila medicala . . . . . avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin administratorul . . . . . .;

Unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, ... avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . .;

Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . .

. . adresa de email . . . . . fax . . . . . reprezentata prin . . . . . .;

Laboratorul din Centrul de sanatate multifunctional - unitate fara personalitate juridica si Laboratoare din structura spitalului . . . . . ., inclusiv ale celor din reteaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti . . . . . avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . ., in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic si tratament/Centrul medical/Centrul de sanatate multifunctional - unitati medicale cu personalitate juridica . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . adresa de e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . .;

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Art. 2. – Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice presteaza asiguratilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii de baza, prevazut in anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare,in urmatoarele specialitati:

a) . . . . . ;
b) . . . . . ;
c) . . . . . ;
. . . . . .

Art. 3. – Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice se face de catre urmatorii medici:

a) Medic
Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Specialitatea: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . .

b) Medic

Nume: . . . . . Prenume: . . . . . .
Specialitatea: . . . . . .
Cod numeric personal: . . . . . .
Codul de parafa al medicului: . . . . . .
Program zilnic de activitate . . . . . .

c) . . . . . .
. . . . . .

IV. Durata contractului

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 6. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le

comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

g) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia decontarii lunare, motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate in baza biletelor de trimitere utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

k) sa contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

l) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice si numai in conditiile in care furnizorul respectiv nu are contract incheiat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti;

m) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Art. 7. – Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

h) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

k) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

l) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare;

m) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

n) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala,

precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

o) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

p) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

q) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

r) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale de baza;

s) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor.

s) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens pentru serviciile prevazute in biletul de trimitere; sa nu incaseze sume pentru acte medicale si acte administrative necesare investigatiei;

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

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

u) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

v) sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigatiile efectuate fara bilet de trimitere nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate;

Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai

formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu; Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu.

w) sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

x) sa utilizeze numai reactivi care intra in categoria dispozitivelor medicale in vitro si au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica corecta si la zi pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) sa faca mentenanta si intretinerea aparatelor din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificatiilor tehnice, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

z) sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate ca parte componenta a criteriilor de selectie, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, pe toata perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, numarul de analize medicale prevazute in pachetul de baza pentru care se solicita certificatul de acreditare este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

aa) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fise tehnice - cu privire la tipul si cantitatea reactivilor achizitionati si care au fost utilizati pentru toate investigatiile medicale paraclinice efectuate in perioada pentru care se efectueaza controlul, investigatii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, precum si pentru orice alte investigatii de acelasi tip efectuate in afara relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate in perioada pentru care se efectueaza controlul; refuzul furnizorului de a pune la

dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati conform facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor, aceasta procedeaza la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice si sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective;

ab) sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea medicina de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta unui medic de radiologie si imagistica medicala in fiecare laborator de radiologie si imagistica medicala/punct de lucru din structura furnizorului, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru; sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea anatomie patologica, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel putin o norma/zi (6 ore). In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizat si avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei;

ac) sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare, dupa caz. Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ad) sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele investigatiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate si limitele de normalitate ale acestora;

ae) sa stocheze in arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigatiilor medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala, in conformitate cu specificatiile tehnice ale aparatului si in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru asiguratii carora le-au furnizat aceste servicii;

af) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati

conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001;

ag) sa transmita lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura;

ah) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ai) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

aj) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

ak) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului la a treia constatare in cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia.

al) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

am) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. erviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

an) sa prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, dovada efectuarii controlului de calitate intern, pe nivele normale si

patologice pentru fiecare zi in care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; in cazul in care furnizorul nu poate prezenta aceasta dovada, contractul se reziliaza de plin drept.

VI. Modalitati de plata

Art. 8. – Modalitatea de plata in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat in lei conform anexei nr. 17 si in conditiile prevazute in anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif contractat	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
. . .				
–			–	–
TOTAL		X	X	

*) Numarul negociat de servicii este orientativ, cu obligatia incadrarii in valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decat cele prevazute in anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Suma anuala contractata este . . . . . lei, din care:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei, din care:
-- luna I . . . . . lei
-- luna II . . . . . lei
-- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei, din care:
-- luna IV . . . . . lei
-- luna V . . . . . lei
-- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei, din care:
-- luna VII . . . . . lei
-- luna VIII . . . . . lei
-- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei, din care:
-- luna X . . . . . lei
-- luna XI . . . . . lei
-- luna XII . . . . . lei.

Suma contractata pe an se defalcheaza pe trimestre si luni si se regularizeaza lunar.

Art. 9. – Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, in termen de maximum . . . . . de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, pe baza facturii si a documentelor justificative care se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. – Serviciile medicale paraclinice furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 11. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale, partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauze speciale

Art. 12. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 13. – Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X. Sanctiuni, conditii de reziliere, incetare si suspendare a contractului

Art. 14. – (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor, paraclinice, aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) – c), e) – g), i) – r), t), t), u), w), x), y), ag), ah), aj) si al) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. v) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10%, valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(5) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) - (3), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 15. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu exceptia situatiilor in care vina este exclusive a medicului/medicilor,

caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odata cu prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 14 alin. (1) si (2), precum si odata cu prima constatare dupa aplicarea masurii de la art. 14 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea opereaza odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul furnizorului a masurilor prevazute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare filiala, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; daca la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplica masurile prevazute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi filiala sau de catre acelasi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului opereaza numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

i) in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 7 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului opereaza numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceasta situatie si se modifica corespunzator contractul.

j) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 72 alin. (11) din H.G. nr. 400/2014 si a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. s), z), ac) - af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative mentionate la art. 7 lit. aa);

l) furnizarea de servicii medicale paraclinice in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, de catre filialele/punctele de lucru excluse din contractele incheiate intre furnizorii de servicii medicale paraclinice si casele de asigurari de sanatate dupa data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. e), g) si l) si art. 7 lit. e), f), i) si o) - se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea acestora din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Art. 16. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 17 alin. (1), lit. a) - cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de incetare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru dupa caz.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(4) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(5) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (3) si (4), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (4), in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin.

(3) – (5), se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, dupa caz.

Art. 17. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 73 alin. (1) lit. a) – c), q) si r) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. s), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale a obligatiei de plata a contributiei la Fond, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

f) in situatia in care casa de asigurari de sanatate/Casa Nationale de Asigurari de Sanatate sesizeaza, neconcordante intre investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati conform facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor;

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de suspendare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru dupa caz.

Art. 18. – (1) Situatiile prevazute la art. 15 si la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) – a5) se constata de casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 19. – (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul laboratorului declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 20. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice, avandu-se in vedere criteriile de contractare a sumelor initiale.

Art. 21. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

Art. 22. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea. Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila intre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau, de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE
Presedinte – director general,	Reprezentant legal,
. . . . .	. . . . .

Director executiv al Directiei
Economice,
. . . . . .

Director executiv al
Directiei Relatii Contractuale,
. . . . . .

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA Nr. 22

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI DE BAZA DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

CAPITOLUL I
Pachetul de servicii medicale de baza

A. Servicii medicale spitalicesti pentru patologia care necesita internare in regim de spitalizare continua, in conditiile prevazute la capitolul II litera F pct. 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Spitalizarea continua are o durata de peste 12 ore.

B. Servicii medicale spitalicesti care nu necesita internare continua, acordate in regim de spitalizare de zi in conditiile prevazute la capitolul II litera F pct. 8 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Spitalizarea de zi are o durata de maxim 12 ore/vizita (zi).

B.1. Lista afectiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat medical corespunzatoare:

Nr. crt.	Cod diagnostic	Denumire afectiune (diagnostic)	Tarif maximal pe caz rezolvat medical - lei -
1	A04.9	Infectia intestinala bacteriana, nespecificata	304.46
2	A08.4	Infectia intestinala virala, nespecificata	241.74
3	A09	Diareea si gastro-enterita probabil infectioase	255.40

4	A49.9	Infectia bacteriana, nespecificata	304.46
5	B18.1	Hepatita virala cronica B fara agent Delta	225.87
6	B18.2	Hepatita virala cronica C	225.87
7	D17.1	Tumora lipomatoasa benigna a pielii si a tesutului subcutanat al trunchiului	225.87
8	D50.0	Anemia prin carenta de fier secundara unei pierderi de sange (cronica)	335.03
9	D50.8	Alte anemii prin carenta de fier	532.02
10	D50.9	Anemia prin carenta de fier, nespecificata	340.34
11	E04.2	Gusa multinodulara netoxica	340.34
12	E06.3	Tiroidita autoimuna	316.99
13	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	303.12
14	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	341.86
15	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fara complicatii	305.81
16	E44.0	Malnutritia proteino-energetica moderata	362.46
17	E44.1	Malnutritia proteino-energetica usoara	362.46
18	E66.0	Obezitate datorita unui exces caloric	305.19
19	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328.89
20	F41.2	Tulburare anxioasa si depresiva mixta	297.53
21	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificata	297.53
22	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227.98
23	I10	Hipertensiunea esentiala (primara)	224.53
24	I20.8	Alte forme de angina pectorala (* fara coronarografie)	273.62
25	I25.11	Cardiopatia aterosclerotica a arterei coronariene native	322.40
26	I25.9	Cardiopatie ischemica cronica, nespecificata, fara coronarografie	302.74
27	I34.0	Insuficienta mitrala (valva) (* fara indicatie de interventie chirurgicala)	379.67
28	I35.0	Stenoza (valva) aortica (*fara indicatie de interventie chirurgicala)	400.68
29	I35.1	Insuficienta (valva) aortica (*fara coronarografie; fara indicatie de interventie chirurgicala)	381.12
30	I67.2	Ateroscleroza cerebrala	322.40

31	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	322.40
32	I83.9	Vene varicoase ale extremitatilor inferioare fara ulceratie sau inflamatie	383.92
33	J00	Rino-faringita acuta [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	167.15
34	J02.9	Faringita acuta, nespecificata (* pentru copii 0 - 5 ani)	163.63
35	J03.9	Amigdalita acuta, nespecificata	165.12
36	J06.8	Alte infectii acute ale cailor respiratorii superioare cu localizari multiple	171.71
37	J06.9	Infectii acute ale cailor respiratorii superioare, nespecificate	163.56
38	J12.9	Pneumonia virala, nespecificata	372.77
39	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	398.65
40	J18.1	Pneumonia lobara, nespecificata	402.62
41	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	375.98
42	J18.9	Pneumonie, nespecificata	417.73
43	J20.9	Bronsita acuta, nespecificata	168.46
44	J44.0	Boala pulmonara obstructiva cronica cu infectie acuta a cailor respiratorii inferioare	375.74
45	J44.1	Boala pulmonara obstructiva cronica cu exacerbare acuta, nespecificata	370.60
46	J44.9	Boala pulmonara obstructiva cronica, nespecificata	360.39
47	J45.0	Astmul cu predominenta alergica	177.30
48	J47	Bronsiectazia	355.11
49	J84.8	Alte boli pulmonare interstitiale specificate	380.09
50	J84.9	Boala pulmonara interstitiala, nespecificata	381.74
51	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagita	307.15
52	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fara esofagita	230.01
53	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fara hemoragie sau perforatie, diagnosticat anterior	200.82
54	K29.1	Alte gastrite acute	311.60
55	K29.5	Gastrita cronica, nespecificata	313.43
56	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificata	216.25
57	K30	Dispepsia	180.12

58	K52.9	Gastroenterita si colita neinfectioase, nespecificate	241.02
59	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	322.47
60	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fara diaree	309.88
61	K70.1	Hepatita alcoolica	271.45
62	K73.2	Hepatita activa cronica, neclasificata altundeva	405.55
63	K75.2	Hepatita reactiva nespecifica	474.96
64	K76.0	Degenerescenta grasoasa a ficatului, neclasificata altundeva	397.10
65	K81.1	Colecistita cronica	339.14
66	K81.8	Alte colecistite	290.90
67	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	263.17
68	K91.1	Sindroame dupa chirurgia gastrica	285.59
69	L40.0	Psoriazis vulgaris	316.09
70	L50.0	Urticaria alergica (fara Edem Quinke)	204.48
71	L60.0	Unghia incarnata	297.32
72	M16.9	Coxartroza, nespecificata	196.79
73	M17.9	Gonartroza, nespecificata	202.45
74	M51.2	Alta deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fara indicatie operatorie	313.33
75	M54.4	Lumbago cu sciatica–	347.28
76	M54.5	Dorsalgie joasa–	378.19
77	N30.0	Cistita acuta	221.39
78	N39.0	Infectia tractului urinar, cu localizare nespecificata	213.11
79	N47	Hipertrofia preputului, fimoza, parafimoza	229.22
80	N73.9	Boala inflamatorie pelviana feminina, nespecificata	138.35
81	N92.0	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual regulat	332.24
82	N92.1	Menstruatie excesiva si frecventa cu ciclu menstrual neregulat	233.25
83	N92.4	Sangerari excesive in perioada de premenopauza	323.27
84	N93.8	Alte sangerari anormale specificate ale uterului si vaginului	389.85
85	N95.0	Sangerari postmenopauza	311.36

86	O02.1	Avort fals	97.77
87	O03.4	Avort spontan incomplet, fara complicatii	98.84
88	O12.0	Edem gestational	198.65
89	O21.0	Hiperemeza gravidica usoara	125.86
90	O23.1	Infectiile vezicii urinare in sarcina	127.48
91	O34.2	Ingrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterina datorita unei interventii chirurgicale anterioare	464.82
92	R10.4	Alta durere abdominala si nespecificata	134.41
93	R59.0	Ganglioni limfatici mariti localizati	512.98
94	S61.0	Plaga deschisa a degetului (degetelor) fara vatamarea unghiei	246.68
95	S61.88	Plaga deschisa a altor parti ale pumnului si mainii	245.74
96	Z46.6	Amplasarea si ajustarea unei proteze urinare	127.48
97	Z50.9	Ingrijiri implicand o procedura de reabilitare, nespecificata	331.17
98	Z51.88	Alte ingrijiri medicale specificate	331.17
99	I25.5	Cardiomiopatie ischemica	273.62
100	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremitatilor cu claudicatie intermitenta	273.62
101	I80.3	Flebita si tromboflebita extremitatilor inferioare, nespecificata	383.92
102	R60.0	Edem localizat	198.65
103	I83.0	Vene varicoase cu ulceratie ale extremitatilor inferioare	383.92
104	I87.2	Insuficienta venoasa (cronica) (periferica)	383.92
105	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic si tratament)	626, 03

*) aceasta specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifica faptul ca respectivul tip de caz poate fi rezolvat in spitalizare de zi cu conditia indeplinirii criteriului din paranteza.

Nota: La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelasi tip de caz.

B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedura chirurgicala - in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat corespunzatoare:

Nr. crt.	Denumire caz rezolvat cu procedura chirurgicala	Cod Procedura	Denumire procedura chirurgicala	Tarif maximal pe caz rezolvat cu procedura chirurgicala - lei -
1.	Miringotomia cu insertia de tub	D01003	Miringotomia cu insertie de tub, unilateral	283.18
2.	Miringotomia cu insertia de tub	D01004	Miringotomia cu insertie de tub, bilateral	283.18
3.	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fara adenoidectomie	589.67
4.	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	589.67
5.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicand corectia cartilajului	742.92
6.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicand corectarea conturului osos	742.92
7.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totala	742.92
8.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasa septala sau nazala	742.92
9.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grefa de os nazal	742.92
10.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea	P07006	Rinoplastie cu grefa de os nazal si cartilaj septal/ nazal	742.92

	fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)			
11.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grefa de cartilaj de la zona donatoare de la distanta	742.92
12.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grefa osoasa din zona donatoare de la distanta	742.92
13.	Rinoplastie posttraumatica (reducerea si imobilizarea fracturilor piramidei nazale dupa un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os si cartilaj ca grefa de la zona donatoare de la distanta	742.92
14.	Bronhomediastinoscopie	G02401	Bronhoscopia	629.69
15.	Bronhomediastinoscopie	G02403	Fibrobronhoscopia	629.69
16.	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	538,48
17.	Biopsie ganglioni laterocervicali si supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	416.26
18.	Punctie biopsie transparietala cu ac pentru formatiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanata (cu ac) a plamanului	696.26
19.	Implantare cateter pleural			653.15
20.	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fara tonsilectomie	589.67
21.	Extractia de corpi straini prin	G02502	Bronhoscopia cu extractia unui corp	526.19
	bronhoscopie		strain	
22.	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicand 1 sau 2 muschi, un ochi	246.93
23.	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	246.93
24.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoza palpebrala	C08003	Corectia ectropionului sau entropionului prin strangerea sau scurtarea retractorilor inferiori	246.93

25.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoza palpebrala	C08004	corectia ectropionului sau entropionului prin alte corectii ale retractorilor inferiori	246.93
26.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoza palpebrala	C08005	corectia ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutura	246.93
27.	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoza palpebrala	C08006	corectia ectropion-ului sau entropion-ului cu rezectie larga	246.93
28.	Extractia dentara chirurgicala	F00801	Extractie dentara sau a unor parti de dinte	283.18
29.	Extractia dentara chirurgicala	F00802	Extractie dentara cu separare	283.18
30.	Extractia dentara chirurgicala	F00901	Indepartare chirurgicala a unui dinte erupt	283.18
31.	Extractia dentara chirurgicala	F00902	Indepartare chirurgicala a 2 sau mai multi dinti erupti	283.18
32.	Extractia dentara chirurgicala	F00903	Indepartarea chirurgicala a unui dinte inclus sau partial erupt, fara indepartare de os sau separare	283.18
33.	Extractia dentara chirurgicala	F00904	Indepartarea chirurgicala a unui dinte inclus sau partial erupt, cu indepartare de os sau separare	283.18
34.	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea si chiuretajul uterin [D&C]	390.76
35.	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fara dilatare	390.76
36.	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea si curetajul [D&C] dupa avort sau pentru intrerupere de sarcina	219.55
37.	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavitatii uterine	219.55
38.	Excizie polip cervical, dilatatia si chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	390.76
39.	Reparatia cisto si rectocelului	M04402	Corectia chirurgicala a rectocelului	480.31

40.	Reparatia cisto si rectocelului	M04403	Corectia chirurgicala a cistocelului si rectocelului	480.31
41.	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	439.53
42.	Operatia artroscopica a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopica a genunchiului	371.57
43.	Indepartarea materialului de osteosinteza	O18104	Indepartarea de brosa, surub sau fir metalic, neclasificata in alta parte	492.38
44.	Indepartarea materialului de osteosinteza	O18106	Indepartarea de placa, tija sau cui, neclasificata in alta parte	492.38
45.	Reparatia diformitatii piciorului	O20404	Corectia diformitatii osoase	1,421.61
46.	Eliberarea tunelului carpal	A07402	Decompresia endoscopica a tunelului carpian	674.75
47.	Eliberarea tunelului carpal	A07403	Decompresia tunelului carpian	674.75
48.	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	682.96
49.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanata pentru maladia Dupuytren	674.75
50.	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmara pentru contractura Dupuytren	674.75
51.	Repararea ligamentului incrucisat	O15303	Reconstructia artroscopica a ligamentului incrucisat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
52.	Repararea ligamentului incrucisat	O15304	Reconstructia ligamentului incrucisat al genunchiului cu repararea meniscului	855.88
53.	Excizia locala a leziunilor sanului	Q00501	Excizia leziunilor sanului	413.52
54.	Colecistectomia laparoscopica	J10102	Colecistectomia laparoscopica	1,050.94
55.	Colecistectomia laparoscopica	J10104	Colecistectomia laparoscopica cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1,050.94
56.	Colecistectomia laparoscopica	J10105	Colecistectomia laparoscopica cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia	1,050.94

			laparoscopica	
57.	Chirurgia laparoscopica antireflux	J01401	Esofagogastromiotomia laparoscopica cu recalibrarea hiatusului diafragmatic	1,050.94
58.	Chirurgia laparoscopica antireflux	J01402	Esofagogastromiotomia laparoscopica cu fundoplastie	1,050.94
59.	Chirurgia laparoscopica antireflux	J01403	Esofagogastromiotomia laparoscopica cu inchiderea hiatusului diafragmatic si fundoplastie	1,050.94
60.	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	631.35
61.	Cura chirurgicala a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicala a herniei inghinale unilaterale	589.67
62.	Cura chirurgicala a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicala a herniei inghinale bilaterale	589.67
63.	Endoscopie digestiva inferioara cu polipectomie si biopsie	J06102	Colonoscopia flexibila pana la flexura hepatica, cu polipectomie	480.31
64.	Endoscopie digestiva inferioara cu polipectomie si biopsie	J06104	Colonoscopia flexibila pana la cec, cu polipectomie	480.31
65.	Endoscopie digestiva superioara	J00101	Esofagoscopia flexibila	371.57
66.	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	480.31
67.	Endoscopie digestiva	J13901	Panendoscopia pana la duoden	371.57
	superioara			
68.	Endoscopie digestiva superioara	J13903	Panendoscopia pana la ileum	371.57
69.	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	J14201	Panendoscopia pana la duoden cu biopsie	480.31
70.	Endoscopie digestiva superioara cu biopsie	J14202	Endoscopia ileala cu biopsie	480.31
71.	Endoscopie digestiva inferioara	J05501	Colonoscopia flexibila pana la flexura hepatica	371.57
72.	Endoscopie digestiva inferioara	J05502	Colonoscopia flexibila pana la cec	371.57

73.	Endoscopie digestiva inferioara cu biopsie	J06101	Colonoscopia flexibila pana la flexura hepatica, cu biopsie	480.31
74.	Endoscopie digestiva inferioara cu biopsie	J06103	Colonoscopia flexibila pana la cec, cu biopsie	480.31
75.	Terapia chirurgicala a fimozei	L03702	Circumcizia la barbat	193.54
76.	Terapia chirurgicala a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	193.54
77.	Chirurgia varicelor	H12002	Injectari multiple cu substante sclerozante la nivelul venelor varicoase	808.68
78.	Chirurgia varicelor	H12501	Intreruperea jonctiunii safenofemurala varicoasa	808.68
79.	Chirurgia varicelor	H12502	Intreruperea jonctiunii safeno- poplitee varicoasa	808.68
80.	Chirurgia varicelor	H12503	Intreruperea jonctiunilor safeno- femurala si safeno-poplitee varicoase	808.68
81.	Chirurgia varicelor	H12601	Intreruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	808.68
82.	Chirurgia varicelor	H12602	Intreruperea subfasciala a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	808.68
83.	Debridarea nonexcizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizionala a arsurii	162.44
84.	Debridarea excizionala a partilor moi	O19301	Debridarea excizionala a partilor moi	649.77
85.	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizionala a tegumentului si tesutului subcutanat	649.77
86.	Dilatarea si curetajul dupa avort sau pentru intrerupere de sarcina	M02801	Dilatarea si curetajul [D&C] dupa avort sau pentru intrerupere de sarcina	462.30
87.	Aplicarea dispozitivului de fixare externa neclasificata altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externa neclasificata altundeva	965.45
88.	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului si tesutului subcutanat	609.55
89.	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00701	Incizia si drenajul hematomului tegumentar si al tesutului subcutanat	519.43
90.	Incizia si drenajul	P00702	Incizia si drenajul	519.43

	tegumentelor si ale tesutului subcutanat		abceselor tegumentelor si ale tesutului subcutanat	
91.	Incizia si drenajul tegumentelor si ale tesutului subcutanat	P00703	Alte incizii si drenaje ale tegumentelor si tesutului subcutanat	519.43
92.	Examinare fibroscopica a faringelui	E04701	Examinare fibroscopica a faringelui	444.84
93.	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare si tesutului subcutanat in alte zone	555.80
94.	Chiuretaj cu biopsia de col uterin si/sau endometru			444.84
95.	Indepartarea corpilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	P00601	Indepartarea corpilor straini din tegument si tesutul subcutanat cu incizie	454.09
96.	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unica	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unica	273.03
97.	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat, implicand tesuturile mai profunde	P02902	Repararea plagilor tegumentare si ale tesutului subcutanat in alte zone implicand si tesuturile profunde	555.80
98.	Extragerea endoscopica a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopica a stentului ureteral	360.11
99.	Rezectia partiala a unghiei incarnate	P02504	Rezectia partiala a unghiei incarnate	283.18
100.	Indepartarea dispozitivului de fixare externa	O18108	Indepartarea dispozitivului de fixare externa	379.98
101.	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1050.94
102.	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu vena) la nivelul membrului inferior	283.18
103.	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu vena) la nivelul membrului superior	283.18
104.	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniana	538.48
105.	Terapia chirurgicala a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	808.68
106.	Orhidectomia unilaterala (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterala	480.31
107.	Orhidectomia bilaterala (excizia testicolelor)	L02502	Orhidectomia bilaterala	480.31

108.	Excizia spermatocelului, unilateral	L02303	Excizia spermatocelului, unilateral	480.31
109.	Excizia spermatocelului, bilateral	L02304	Excizia spermatocelului, bilateral	480.31
110.	Terapia chirurgicala a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	480.31
111.	Biopsia transrectala (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectala (cu ac de biopsie) a prostatei	538.48
112.	Rezectia endoscopica a leziunii prostatice	L00302	Rezectia endoscopica a leziunii prostatice	480.31
113.	Rezectia endoscopica transuretrala a prostatei	L00601	Rezectia transuretrala a prostatei	742.92
114.	Uretrotomia optica interna pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optica	480.31
115.	Distrugerea endoscopica a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopica a verucilor uretrale	480.31
116.	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	480.31
117.	Rezectia endoscopica vezicala	K06001	Rezectia endoscopica de leziune sau tesut vezical	480.31
118.	Extragerea endoscopica a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	480.31
119.	Cistostomia percutanata cu insertia percutanata a cateterului suprapubic			259.72
120.	Cistoscopia	K04901	Cistoscopia	297.50
121.	Rezectia endoscopica a ureterocelului	K03801	Rezectia endoscopica a ureterocelului	480.31
122.	Excizia tumorii corneo- conjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	246.93
123.	Excizia tumorii corneo- conjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	246.93
124.	Excizia tumorii corneo- conjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	246.93
125.	Repozitionarea cristalinului subluxat	C04401	Repozitionarea cristalinului artificial	246.93
126.	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	589.67
127.	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee inchise de restabilire a permeabilitatii sistemului canalicular lacrimal, un ochi	589.67

128.	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezectia submucoasa a septului nazal	742.92
129.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E01601	Extragere intranazala de polip din antrum-ul maxilar	742.92
130.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E01602	Extragerea intranazala de polip din sinusul frontal	742.92
131.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E01603	Extragere intranazala de polip din sinusul etmoidal	742.92
132.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E01604	Extragere intranazala de polip din sinusul sfenoidal	742.92
133.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E00801	Extragerea de polip nazal	742.92
134.	Chirurgia functionala endoscopica naso sinusala	E01805	Antrostomia maxilara intranazala, unilateral	589.67
135.	Parotidectomia	E02805	Excizia partiala a glandei parotide	589.67
136.	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	500.00
137.	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	742.92
138.	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	742.92
139.	Cura chrirugicala a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	742.92
140.	Terapia chirurgicala a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopica	742.92
141.	Terapia chirurgicala a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicand jumatatea inferioara a sfincterului anal	500.00
142.	Terapia chirurgicala a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicand jumatatea superioara a sfincterului anal	500.00
143.	Terapia chirurgicala a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	300.00
144.	Terapia chirurgicala a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	300.00
145.	Hernia ombilicala	J12801	Cura chirurgicala a herniei ombilicale	589.67
146.	Hernia epigastrica	J12802	Cura chirurgicala a herniei epigastrice	589.67

147.	Eventratie postoperatorie	J12903	Cura chirurgicala a eventratiei postoperatorii cu prosteza	589.67

NOTA: **1.** Pozitiile 5-13 din tabelul de mai sus se refera la cura chirurgicala a fracturilor de piramida nazala dupa un traumatism recent; nu sunt incluse corectiile estetice.

2. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelasi tip de caz.

B.3. Lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi si tarifele maximale corespunzatoare:

B.3.1. Lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi decontate asiguratilor prin tarif pe serviciu medical/vizita (zi) si pentru care in vederea decontarii nu este necesara inchiderea fisei de spitalizare de zi (FSZ) dupa fiecare vizita (zi).

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1.	Radioterapie cu ortovoltaj/kilovoltaj	29 lei/sedinta
2.	Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144 lei/sedinta
3.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180 lei/sedinta
4.	Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320 lei/sedinta
5.	IMRT	640 lei/sedinta
6.	Brahiterapie	302 lei/sedinta
7.	Chimioterapie*) cu monitorizare	280 lei/sedinta
8.	Litotritie	350 lei/sedinta
9.	Tratamentul si profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
10.	Tratamentul si profilaxia rabiei fara antitetanic	111 lei/administrare
11.	Strabism la copii - reeducare ortooptica	50 lei/sedinta

B.3.2. Lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi decontate asiguratilor prin tarif pe serviciu medical si pentru care in vederea decontarii se inchide fisa de spitalizare de zi (FSZ) dupa terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizarii serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif maximal pe serviciu medical
1	Implant de cristalin**)	1.050 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Intrerupere de sarcina cu recomandare medicala *valabil pentru sarcini de pana la 12 saptamani de amenoree	272.40 lei/asigurat/serviciu
3	Amniocenteza***)	900 lei/asigurat/serviciu
4	Biopsie de vilozitati coriale***)	900 lei/asigurat/serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/luna/asigurat
6	Evaluarea dinamica a raspunsului viro - imunologic*)	450 lei/luna/asigurat
7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie si tulburari de somn, boala Parkinson si alte manifestari extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis si sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multipla, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale si artere subclaviculare, demente, paralizii cerebrale)	200 lei/asigurat/luna
8	Monitorizarea si tratamentul talasemiei si hemofiliei*)	200 lei/luna/asigurat
9	Hepatite cronice de etiologie virala B, C si D****)	200 lei/luna/asigurat
10	Ciroza hepatica****)	200 lei/luna/asigurat
11	Boli endocrine (acromegalie in tratament medicamentos si tumori neuroendocrine)****)	200 lei/luna/asigurat
12	Boala Gaucher****)	200 lei/luna/asigurat
13	Boala cronica inflamatorie intestinala pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/luna/asigurat
14	Poliartrita reumatoida pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/luna/asigurat
15	Artropatia psoriazica pentru tratamentul cu	200 lei/luna/asigurat

	imunosupresoare****)	
16	Spondilita ankilozanta pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/luna/asigurat
17	Artrita juvenila pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/luna/asigurat
18	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/luna/asigurat
19	Scleroza multipla****)	200 lei/luna/asigurat
20	Boli rare****)	200 lei/luna/asigurat
21	Monitorizare hemodinamica prin metoda bioimpedantei toracice *******)	180 lei/ asigurat/semestru
22	Analgezia autocontrolata	69,4 lei/asigurat
23	Analgezie subarahnoidiana	108,5 lei/asigurat
24	Analgezie epidurala simpla	136,6 lei/asigurat
25	Analgezie epidurala cu cateter	209,6 lei/asigurat
26	Blocaj nervi periferici	120,5 lei/asigurat
27	Infiltratie periradiculara transforaminala*****)	400 lei/asigurat
28	Bloc de ram median posterior*****)	120,5 lei/asigurat
29	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat
30	Ablatie cu radiofrecventa de ram median******)	209,6 lei/nivel/ asigurat
31	Ablatie cu radiofrecventa a inervatiei genunchiului sau a articulatiei coxofemurale******)	690 lei/asigurat
32	Ablatie sacroiliac******)	690 lei/asigurat
33	Infiltratie sacroiliaca*****)	400 lei/asigurat
34	Discografie stimulata*****)	400 lei/asigurat
35	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase si crize de pierdere a constientei fara diagnostic etiologic cu investigatii de inalta performanta	409 lei/asigurat
36	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase si crize de pierdere a	204.48 lei/asigurat

	constientei fara diagnostic etiologic fara investigatii de inalta performanta	
37	Urgenta medico-chirurgicala in camerele de garda	100 lei/pacient
38	Urgenta medico-chirurgicala in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerului Sanatatii	250 lei/pacient
39	Discectomie percutana	690 lei/2 discuri/ asigurat/serviciu
40	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat/serviciu
41	Flavectomie	690 lei/2 discuri/ asigurat
42	Evaluarea gravidei pentru infectii cu risc pentru sarcina (pentru rubeola, toxoplasmoza, infectia CMV, hepatita B si C)	340 lei/asigurat/sarcina
43	Monitorizare afectiuni oncologice cu investigatii de inalta performanta	409 lei/asigurat/luna
44	Monitorizare afectiuni oncologice fara investigatii de inalta performanta	204,48 lei/asigurat/luna
45	Monitorizare insuficienta renala cronica	204,48 lei/asigurat/luna
46	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fara toxina botulinica	349,50 lei/asigurat
47	Terapia distoniilor musculare fara dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fara toxina botulinica	133,57 lei/asigurat
48	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxina botulinica pentru adulti si copii cu greutate peste 25 kg	1461,05 lei/ asigurat/an
49	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxina botulinica pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/semestru

50	Terapia distoniilor musculare fara dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxina botulinica pentru adulti si copii cu greutate peste 25 kg	1245,12 lei/ asigurat/an
51	Terapia distoniilor musculare fara dirijare electromiografica (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxina botulinica pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/ asigurat/semestru
52	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulti si copii (tulburari cognitive minore, demente incipiente, tulburari psihotice si afective in perioade de remisiune, tulburari nevrotice si de personalitate)	200 lei/asigurat/luna
53	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrarii de medicamente, dializei cronice sau administrarii de chimioterapice (in cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacientii oncologici, hematologici, dializati. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	960 lei/asigurat
54	Implantarea cateterului venos central cu camera implantabila destinat administrarii de chimioterapice (in cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacientii oncologici si hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central si camerei implantabile.	1.200 lei/asigurat
55	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/anual
56	Monitorizarea pacientilor cu insuficienta cardiaca congestiva pentru asigurati cu afectiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/anual

57	Monitorizarea pacientilor cu tulburari de ritm/ conducere cu afectiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/anual
58	Incizia si drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului si gatului)	519,43 lei/asigurat
59	Suprimarea firelor de sutura la pacienti cu despicaturi labio-maxilo- palatine dupa plastia buzei sau a palatului	412 lei/asigurat
60	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat
61	Implantare cateter peritoneal (tariful include si costul cateterului)	690lei/asigurat
62	Monitorizarea sifilisului genital primar si sifilisului secundar al pielii si mucoaselor	130lei/asigurat/trimestru
63	Monitorizarea si tratamentul colagenenozelor: poliartrita reumatoida, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozita, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice.	200 lei / asigurat / luna
64	Diagnostic si monitorizare artrita precoce	200 lei / asigurat / luna
65	Monitorizarea bolilor hematologice	200 lei/asigurat/luna

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele nationale de sanatate

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acorda o singura data pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozitati coriale se deconteaza la gravide in trimestrul I de sarcina, iar amniocenteza la gravide in trimestrul II de sarcina, efectuata numai de catre medicii de specialitate obstetrica-ginecologie cu supraspecializare in medicina materno-fetala, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau in caz de patologie genetica in familie cu risc de transmitere la descendenti - la recomandarea medicului genetician, sau risc de aneuploidii mai mare de 1/100 la momentul examinarii calculat prin algoritm Fetal Medicine Foundation; in tarifele aferente acestora este inclusa si prelucrarea probelor prelevate - analiza ADN prin PCR a cromozomilor 13, 18, 21, X si Y pentru diagnosticarea sindromului Down, Edwards, Patau, a sexului fetal si anomalii numerice a cromozomilor sexuali.

****) Monitorizare si administratre tratament afectiuni care necesita administrare de medicamente pentru care este necesara aprobarea comisiilor de experti constituite la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate cu administrare parenterala sub supraveghere speciala; tariful nu cuprinde medicamentele specifice pentru care este necesara aprobarea comisiilor de experti constituite la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate

*****) sub ghidaj Rx

******) sub ghidaj Rx si masina de ablatie.

*******) Se poate efectua trimestrial la asiguratii cu diabet zaharat confirmat.

NOTA pentru litera B: **1.** Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum si serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare, investigatii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregatirea salii de operatie, precum si cheltuieli indirecte).

2. Serviciile medicale spitalicesti care nu necesita internare continua, acordate in regim de spitalizare de zi prevazute la litera B, se pot contracta de casele de asigurari de sanatate cu unitatile sanitare cu paturi si cu unitatile sanitare autorizate de Ministerul Sanatatii sa efectueze aceste servicii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, care au avizate/aprobate de Ministerul Sanatatii structuri de spitalizare de zi.

3. Serviciile acordate in regim de spitalizare de zi prevazute la litera B pot fi acordate si in regim de spitalizare continua daca pacientul prezinta complicatii sau comorbiditati cu risc pentru pacient, sangerare majora ce pune problema repletiei volemice, risc anestezic greu de managerizat in spitalizare de zi, iar durerea postprocedurala greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

4. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este cel negociat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii prevazuti la punctul 2, conform notei de fundamentare a tarifului completata prin utilizarea modelului prevazut in anexa nr. 22 A la ordin.

5. Pentru fiecare pozitie din cazurile rezolvate/serviciile medicale in regim de spitalizare de zi prevazute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1 si B.3.2, se intocmesc fise de spitalizare de zi distincte.

6. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevazute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitalicesti prevazute la litera A. Exceptie fac situatiile in care asiguratul internat in regim de spitalizare continua poate beneficia concomitent, in alta unitate sanitara, de serviciile medicale prevazute la punctul B.3.1, pozitiile 1 - 7, dupa caz, daca unitatea sanitara la care asiguratul este internat in regim de spitalizare continua, nu poate acorda aceste servicii.

7. Serviciile prevazute la pozitiile 7, 8, 43, 44, 45, 52, 56, 57, 62, 63, 64 si 65 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, dupa caz, si diagnostic/depistare.

8. Serviciile prevazute la pozitiile 43 si 44 din tabelul de la lit. B.3.2 se acorda pacientilor cu afectiuni oncologice care in luna respectiva nu beneficiaza de serviciul prevazut la pozitia 7 din tabelul de la lit. B.3.1

9. La nivelul unui spital nu pot exista mai multe tarife negociate contractate pentru acelasi tip de serviciu.

10. Serviciile prevazute la pozitiile 1-6 din tabelul de la lit. B.3.1 sunt prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, pana la preluarea acestora in programele nationale de sanatate cu scop curativ.

11. Criteriile pe baza caruia se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare de zi sunt:

a) situatia de urgenta medico-chirurgicala pentru:

a1) serviciile medicale prevazute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozitiile 37 si 38 efectuate in camera de garda, CPU/UPU care nu sunt finantate de Ministerul Sanatatii/ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie.

a2) serviciile prevazute in lista de la punctul B.1 pozitiile 86, 87, 94 si 95 care se acorda in structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii,

b) diagnosticul nu poate fi stabilit si tratamentul nu poate fi efectuat si/sau monitorizat in ambulatoriu pentru serviciile in regim de spitalizare de zi prevazute in listele de la litera B, cu exceptia celor de la lit. a), care se acorda in structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii.

C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de inalta performanta: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorari computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletala multipla, cu dilacerare de parti moi si/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale
- coloana vertebrala
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive si/sau deschise cu interesare de vase ale extremitatilor

3. hemoragii interne (dupa stabilizarea functiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute si afectiuni ale aortei, in primele 24-72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficienta respiratorie acuta prin suspiciune de embolie pulmonara

6. urgente abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatita acuta, peritonita, ocluzie intestinala, ischemie mezenterica, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalita acuta

8. stari comatoase

Examenul CT va inlocui examenul RMN la asiguratii cu contraindicatii (prezenta de stimulatoare cardiace, valve, corpi straini metalici, sarcina in primele 3 luni)

Explorari prin rezonanta magnetica nucleara (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale si afectiuni ale aortei, in primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologica indiferent de localizare

4. necroza aseptica de cap femural

5. urgente in patologia demielizanta (nevrita optica; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va inlocui examenul CT la asiguratii cu contraindicatii (insuficienta renala, insuficienta cardiaca severa, sarcina, alergie la substantele de contrast iodate)

Explorari scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, in primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorari angiografice:

- afectiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala spitaliceasca cuprinde servicii medicale acordate in regim de spitalizare continua si de zi si se acorda in situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

1. Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare continua sunt:

a) urgenta medico-chirurgicala in care este pusa in pericol viata pacientului sau care au acest potential pana la rezolvarea situatiei de urgenta;

b) boli cu potential endemo-epidemic pana la rezolvarea completa a cazului;

c) nasterea

2. Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare de zi sunt:

a) situatia de urgenta medico-chirurgicala, pentru:

a1) serviciile medicale prevazute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozitiile 37 si 38 efectuate in camera de garda, CPU/UPU care nu sunt finantate de Ministerul Sanatatii/ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie.

a2) serviciile prevazute in lista de la punctul B.1 pozitiile 86, 87, 94 si 95 care se acorda in structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii,

b) epidemiologic pentru bolnavii care necesita tratament in afectiuni care nu necesita izolare pentru serviciile medicale prevazute la capitolul I litera B punctul B.3.1 pozitiile 9 si 10 si punctul B.3.2 pozitia 62, care se acorda in structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii.

3. Pentru criteriul urgenta medico-chirurgicala, spitalul acorda serviciile medicale avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa il externeze daca serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica. Pentru spitalizarea continua, la solicitarea pacientului se poate continua internarea in regim de spitalizare continua cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicesti de catre pacient pentru perioada in care serviciile acordate nu mai reprezinta urgenta.

CAPITOLUL III

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatiei Elvetiene, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza de serviciile prevazute la capitolul II din prezenta anexa. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicesti nu solicita bilet de internare.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatiei Elvetiene, beneficiari ai

formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, beneficiaza in asistenta medicala spitaliceasca, de serviciile prevazute la capitolul I din prezenta anexa. Furnizorii de servicii medicale spitalicesti acorda serviciile medicale prevazute la capitolul I din prezenta anexa, pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatiei Elvetiene.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la capitolul II din prezenta anexa, sau de serviciile medicale prevazute la capitolul I din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

Serviciile medicale prevazute la capitolul I, se acorda pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

ANEXA Nr. 22A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz rezolvat/serviciu pentru serviciile acordate in regim de spitalizare de zi

1. Statul de personal

2. Executia bugetului institutiei sanitare publice la data de 31.12. 2014

3. Ultima forma a bugetului de venituri si cheltuieli pentru anul 2014 valabila la 31.12.2014 aprobata de ordonatorul de credite.

4. Lista investigatiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultatii interdisciplinare, efectuate in alte unitati sanitare: nr. , tipul, valoare si nr. de bolnavi internati pentru care au fost efectuate aceste servicii.

5. Pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz/serviciu se prezinta: modelul de pacient, lista si numarul serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului/serviciului medical.

6. Stocul de medicamente, materiale sanitare si reactivi la 01.01.2014 si la 31.12.2014

7. Fisa de fundamentare a tarifului pentru anul 2015, pe elemente de cheltuieli*)

*) Se completeaza pentru fiecare sectie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe baza de tarif pe zi de spitalizare si pentru fiecare tip de caz/serviciu in regim de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate in regim de spitalizare de zi se face pe caz rezolvat/serviciu medical.

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificatie bugetara	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale in bani	10.01	
Salarii de baza	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizatii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanta	10.01.09	
Indemnizatii platite unor persoane din afara unitatii	10.01.12	
Indemnizatii de delegare	10.01.13	
Indemnizatii de detasare	10.01.14	
Alocatii pentru locuinte	10.01.16	
Alte drepturi salariale in bani	10.01.30	
Contributii	10.03	
Contributii de asigurari sociale de stat	10.03.01	
Contributii de asigurari de somaj	10.03.02	
Contributii de asigurari sociale de sanatate	10.03.03	
Contributii de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale	10.03.04	
Contributii pentru concedii si indemnizatii	10.03.06	
Contributii la fondul de garantare a creantelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI SI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri si servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curatenie	20.01.02	

Incalzit, iluminat si forta motrica	20.01.03	
Apa, canal si salubritate	20.01.04	
Carburanti si lubrifianti	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Posta, telecomunicatii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale si prestari servicii pentru intretinere cu caracter functional	20.01.09	
Alte bunuri si servicii pentru intretinere si functionare	20.01.30	
Reparatii curente	20.02	
Medicamente si materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrana pentru oameni	20.03.01	
Hrana pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanti	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasari, detasari, transferuri	20.06	
Deplasari interne, detasari, transferuri	20.06.01	
Deplasari in strainatate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Carti, publicatii si materiale documentare	20.11	
Consultanta si expertiza	20.12	
Pregatire profesionala	20.13	
Protectia muncii	20.14	
Comisioane si alte costuri aferente imprumuturilor externe	20.24	

Cheltuieli judiciare si extrajudiciare derivate din actiuni in reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozitiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol si reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri si servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE	51	
ADMINISTRATIEI PUBLICE - TOTAL		
Din care:		
Actiuni de sanatate	51.01.03	
Programe pentru sanatate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat catre bugetele locale pentru finantarea unitatilor de asistenta medico-sociale	51.01.38	
Aparatura si echipamente de comunicatii in urgenta	51.01.08	
Transferuri pentru reparatii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finantarea investitiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER . . . . . DIRECTOR MEDICAL . . . . . DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL . . . . . .

ANEXA Nr. 22B

DESFASURATORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DETINE DOTAREA NECESARA SAU APARATURA EXISTENTA IN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCTIONALA SI AL CONSULTATIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, IN ALTE UNITATI SANITARE INDIFERENT DE FORMA DE ORGANIZARE A ACESTORA, PE BAZA RELATIILOR CONTRACTUALE STABILITE INTRE UNITATILE SANITARE (CONFORM art. 97 lit. a) DIN ANEXA NR. 2 LA HOTARAREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE)

UNITATEA SANITARA CU PATURI . . . . . .
LOCALITATEA . . . . . .
JUDETUL . . . . . .
CONTRACT INCHEIAT CU CAS. NR. . . . . .

1. DESFASURATORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, IN ALTE UNITATI SANITARE

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea sanitara care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	Tipul investigatiei paraclinice efectuate	Numar investigatii paraclinice efectuate	Tarif/investigatie paraclinica contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitara care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacientii internati in unitatea sanitara cu paturi care intocmeste aceste raportari.

2. DESFASURATORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, IN ALTE UNITATI SANITARE

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea sanitara care a furnizat serviciile paraclinice*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigurare	Tipul investigatiei paraclinice efectuate	Nr. investigatii paraclinice	Tariful investigatiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul investigatiilor paraclinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
. . .					

TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitara care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacientii internati in unitatea sanitara cu paturi care intocmeste aceste raportari.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.
Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFASURATOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTATII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, IN ALTE UNITATI SANITARE (CONFORM art. 97 lit. b) DIN ANEXA NR. 2 LA HOTARAREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE)

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea sanitara care a furnizat serviciile clinice*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	Tipul consultatiei interdisciplinare efectuate	Numar consultatii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultatie interdisciplinara contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			x	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitara care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacientii internati in unitatea sanitara cu paturi care intocmeste aceste raportari.

4. DESFASURATORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTATII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, IN ALTE UNITATI SANITARE

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea sanitara care a furnizat serviciile clinice*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	CNP/ cod unic de asigurare	Tipul consultatiei interdisciplinare efectuate	Nr. consultatii interdisciplinare	Tariful consultatiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)

C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultatiilor interdisciplinare din specialitatile clinice efectuate pe un CNP/cod unic de asigurare				X	
. . .					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitara care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacientii internati in unitatea sanitara cu paturi care intocmeste aceste raportari.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFASURATOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, CARE NECESITA CONDITII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTATIILOR SI INVESTIGATIILOR PARACLINICE (CONFORM art. 97 lit. c) DIN ANEXA NR. 2 LA HOTARAREA DE GUVERN NR. 400/2014, CU MODIFICARILE SI COMPLETARILE ULTERIOARE)

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea specializata privata care a furnizat serviciile de transport*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Numar servicii de transport interspitalicesc	Nr. km aferenti serviciilor	Tarif/km (lei)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializata privata care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFASURATORUL PE C.N.P./COD UNIC DE ASIGURARE AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENTII INTERNATI, CARE NECESITA CONDITII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTATIILOR SI INVESTIGATIILOR PARACLINICE

LUNA . . . . . ANUL . . . . . .

Unitatea specializata care a furnizat serviciile de transport*1) . . . . . (date de identificare: denumire, adresa, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurari de sanatate daca aceasta se afla in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate)

Nr. crt.	CNP/cod unic de asigurare	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Numar servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenti serviciilor	Tarif/ km (lei)	Suma (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7=C5xC6
Subtotal pe un CNP/cod unic de asigurare					x	
. . .						
	TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializata care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5
Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Raspundem de realitatea si
exactitatea datelor
Reprezentantul legal al
furnizorului de servicii medicale,
. . . . . .

NOTA: Desfasuratoarele se intocmesc lunar in doua exemplare, dintre care unul ramane la reprezentantul legal, iar celalalt se depune la casa de asigurari de sanatate de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, atat pe suport de hartie cat si electronic, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti.

In tabelele de la pct. 2, 4 si 6, in coloana "C2", pentru cetatenii straini se va completa numarul de identificare sau numarul cardului european/numarul pasaportului.

MANAGER	DIRECTOR MEDICAL	DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL
. . . . .	. . . . .	. . . . .

ANEXA Nr. 22C

Unitatea sanitara cu paturi . . . . . .
Nr. Contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate . . . . . .

ADEVERINTA
Nr. . . . . ./data . . . . . .

Se adevereste prin prezenta ca pacientul . . . . . (nume prenume) CNP . . . . . este internat incepand cu data de . . . . . in sectia . . . . . cu FOCG nr. . . . . .

Prezenta s-a eliberat in vederea prescrierii de medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.

Semnatura,
cod parafa
medic sef de sectie

NOTA: se mentioneaza in foaia de observatie clinica generala numarul si data adeverintei.

ANEXA Nr. 23

CONDITIILE ACORDARII SERVICIILOR MEDICALE IN UNITATI SANITARE CU PATURI SI MODALITATILE DE PLATA ALE ACESTORA

Art. 1. – Serviciile medicale spitalicesti de care beneficiaza asiguratii sunt: servicii medicale spitalicesti pentru patologie care necesita internare prin spitalizare continua si spitalizare de zi.

Art. 2. – Serviciile medicale spitalicesti se acorda sub forma de:

1. servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua – forma de internare prin care se acorda asistenta medicala preventiva, curativa, de recuperare si paliativa pe toata durata necesara rezolvarii complete a cazului respectiv; spitalizarea continua este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.

2. servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi – reprezinta o alternativa la spitalizarea continua pentru pacientii care nu necesita supraveghere medicala mai mare de 12 ore/vizita (zi).

Art. 3. – Serviciile medicale spitalicesti ce se pot acorda in regim de spitalizare de zi in unitatile sanitare care nu incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in spitalizare continua, autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi.

Contractul se adapteaza dupa modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti prevazut in anexa nr. 26 la ordin.

Tarifele pentru spitalizare de zi se negociaza pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, avand in vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, si nu pot fi mai mari decat tarifele maximale prevazute in anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru acelasi tip de caz/serviciu prevazut in anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi in care se acorda serviciul/cazul rezolvat.

Art. 4. – (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicesti se acorda in baza contractelor incheiate de spitale cu casele de asigurari de sanatate, avand in vedere urmatorii indicatori specifici spitalelor, dupa caz:

a) indicatori cantitativi:

1. numar de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, avand in vedere si numarul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. numar de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in conditiile legii;

3. numar de paturi contractabile cu incadrarea in planul de paturi aprobat la nivel judetean stabilit prin ordin al ministrului sanatatii; numarul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabileste cu incadrarea in numarul de paturi aprobat la nivel judetean de catre o comisie formata din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate si ai directiei de sanatate publica/directiile medicale sau de structurile similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie si se avizeaza de Ministerul Sanatatii si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, pe baza fundamentarilor transmise de casele de asigurari de sanatate/directiile de sanatate publica si avute in vedere la stabilirea numarului de paturi contractabile.

La stabilirea numarului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurari de sanatate/directiile de sanatate publica,

vor avea in vedere necesarul de servicii medicale pe specialitati inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguratilor din alte judete, specialitatile deficitare si conditiile specifice existente la nivel local.

4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national, luat in calcul la stabilirea capacitatii spitalului functie de numarul de paturi contractabile este:

- pentru sectii/compartimente de acuti 290 zile
- pentru sectii/compartimente de cronici si ingrijiri paliative 320 zile
- pentru sectii/compartimente de cronici cu internari obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare, si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani) 360 zile.

5. numar de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel national pe tipuri de sectii/compartimente;

6. durata de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizata/durata medie de spitalizare la nivel national in sectiile pentru afectiuni acute, dupa caz;

7. numar de cazuri externate – spitalizare continua, calculat la capacitatea spitalului functie de numarul de paturi contractabile;

8. indice de complexitate a cazurilor;

9. numar de servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi si numar cazuri rezolvate acordate in regim de spitalizare de zi;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.

13. tarif pe zi de spitalizare pentru sectii compartimente de cronici.

14. durata medie de spitalizare la nivel de spital – DMS_spital – este prevazuta in anexa 23 A la ordin pentru spitalele de acuti finantate pe baza sistemului DRG si durata medie de spitalizare la nivel national – DMS_nat – este 6,25 pentru spitalele de acuti care nu sunt finantate pe baza sistemului DRG

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicesti acordate in functie de morbiditatea spitalizata, de dotarea spitalului cu aparatura si de incadrarea cu personalul de specialitate;

2. infectii nosocomiale raportate la numarul total de externari, conform indicatorilor asumati prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate inregistrat pe sectiile/compartimentele de specialitate chirurgicala, conform indicatorilor asumati prin contractul de management;

4. mortalitatea raportata la numarul total de externari, conform indicatorilor asumati prin contractul de management;

5. numarul de cazuri de urgenta medico/chirurgicala prezentate in structurile de urgenta (camere de garda), din care numarul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractati pentru anul 2014, sau pentru perioada corespunzatoare, dupa caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurari de sanatate, in vederea contractarii, nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumati prin contractul de management, cu exceptia spitalelor care au manager interimar, numit prin ordin al ministrului sanatatii in cazul spitalelor publice din reteaua Ministerului Sanatatii sau, in cazul ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, prin act administrativ al institutiilor respective;

(3) Spitalele vor prezenta, in vederea contractarii, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare sectie si pe tip de bolnavi: urgenta, acut, cronic. In vederea contractarii serviciilor spitalicesti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezinta distinct numarul serviciilor medicale estimate a se efectua in camera de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua, precum si numarul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi in cadrul centrelor multifunctionale fara personalitate juridica din structura proprie.

(4) Casele de asigurari de sanatate incheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti luand in calcul numarul de paturi contractabile, in conditiile prevederilor Hotararii de Guvern nr. 449/2014 privind aprobarea Planului national de paturi pentru perioada 2014 – 2016.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicesti care infiinteaza, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala sau pentru care solicita incheierea unui contract si/sau in raza administrativ-teritoriala a oricarei case de asigurari de sanatate, poate incheia contract cu casa de asigurari de sanatate/casele de asigurari de sanatate, cu respectarea tuturor celorlalte conditii de contractare.

In situatia in care furnizorul de servicii medicale spitalicesti se regaseste in anexa nr. 23 A la ordin, contractarea si decontarea pentru afectiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structura avizata/aprobata distinct, conform prevederilor legale in vigoare.

Fiecare structura distincta (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicesti va fi evidentiata distinct in anexa nr. 23 A la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-infiintate, pentru care nu exista istoric astfel incat sa poata fi calculat ICM si TCP conform metodologiei aplicata pentru calcularea acestor valori, contractarea se face pe baza tarifului mediu pe caz rezolvat (non DRG).

Pentru fiecare structura distincta (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicesti care are in componenta sectii/compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derularii contractului pentru sectiile/compartimentele de acuti nou infiintate ale furnizorului de servicii medicale spitalicesti care se regaseste in anexa nr. 23 A, contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevazut in anexa nr. 23 A.

(6) In situatia in care pe parcursul derularii contractului, se modifica clasificarea spitalului in sensul descresterii, suma contractata se diminueaza corespunzator avand in vedere valoarea

procentului de referinta (P) aferent noii clasificari; economiile rezultate se repartizeaza de catre casa de asigurari de sanatate, spitalelor cu care aceasta se afla in relatii contractuale, in functie de criteriile avute in vedere la contractare.

In situatia in care pe parcursul derularii contractului, se modifica clasificarea spitalului in sensul cresterii, valoarea procentului de referinta (P) nu se modifica si suma contractata nu se recalculeaza corespunzator noii clasificari.

(7) In situatia in care pe parcursul derularii contractului, se modifica clasificarea spitalului in sensul cresterii sau descresterii acesteia, tariful pe caz ponderat prevazut in anexa 23 A nu se modifica.

Art. 5. – (1) Valoarea totala contractata de spitale cu casele de asigurari de sanatate se constituie din urmatoarele sume, dupa caz:

a) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti, pentru afectiunile acute, a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finantate in sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileste astfel:

– numar de cazuri externate contractate x indice case-mix 2015 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2015, respectiv

– numar de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati

a1) Suma contractata (SC) de fiecare spital prevazut in anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurari de sanatate, pentru servicii de spitalizare continua pentru afectiuni acute in sistem DRG, se calculeaza astfel:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_ spital) \times ICM \times TCP$$

In formula de mai sus, Nr_pat reprezinta numarul de paturi aprobate si contractabile dupa aplicarea prevederilor Planului national de paturi, in care nu sunt incluse paturile pentru sectiile si compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_ spital, TCP si ICM reprezinta indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat si, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital – DMS_spital – este prevazuta in anexa 23 A.

Valoarea procentului de referinta (P) este stabilita in raport de clasificarea spitalelor in functie de competente conform prevederilor legale in vigoare, respectiv prevederile ordinului ministrului sanatatii nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei si a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor in functie de competenta, cu modificarile si completarile ulterioare si este:

a) pentru categoria I: P = 85%;
b) pentru categoria IM: P = (P – 4)%;
c) pentru categoria II: P = (P – 3)%;
d) pentru categoria IIM: P = (P – 5)%;
e) pentru categoria III: P = (P – 5)%;
f) pentru categoria IV: P = (P – 15)%;
g) pentru categoria V: P = (P – 23)%;
h) pentru spitalele neclasificabile: P = (P – 33)%.

Pentru anul 2015, suma contractata de spitale nu poate fi mai mare decat cu maximum 25% fata de suma contractata in anul precedent pentru

servicii de spitalizare continua pentru pacientii acuti, cu exceptia spitalelor prevazute la pozitiile 29, 30 si 31 din anexa 23 A la ordin.

Pentru anul 2015, suma contractata de spitale nu poate fi mai mare decat cu maximum 25% fata de suma contractata in anul precedent pentru servicii de spitalizare continua pentru pacientii acuti, cu exceptia spitalelor prevazute la pozitiile 29, 30, 31 si 55 din anexa 23A la ordin.

Modificat de art.I pct.1 prin OAP 557/2015

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate in contractare in formula de la punctul a1) ICM-ul si TCP-ul se inlocuiesc cu media ponderata calculata la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialitati si la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate tinand cont de valoarea procentului de referinta pentru categoria in care se clasifica spitalul, iar DMS_ spital se inlocuieste cu DMS_nat de 6,25.

Pentru anul 2015, suma contractata de spitale nu poate fi mai mare decat cu maximum 25% fata de suma contractata in anul precedent pentru servicii de spitalizare continua pentru pacientii acuti.

a3) Numar de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numarului de cazuri externate pe spital si pe sectie se vor avea in vedere:

a3.1. Numarul de cazuri externate calculat la suma contractata = SC (suma contractata) / (ICM x TCP) aferente fiecarui spital; rezultatul se rotunjeste la numar intreg (in plus).

Pentru spitalele non-DRG in formula de mai sus ICM-ul si TCP-ul se inlocuiesc cu media ponderata calculata la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialitati si la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2 Numarul anual de cazuri externate negociat si contractat se defalca pe trimestre. La stabilirea numarului de cazuri externate contractate pe spital se tine seama si de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; in acest scop, spitalele organizeaza si raporteaza trimestrial evidenta acestor indicatori, caselor de asigurari de sanatate si directiilor de sanatate publica.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2015 este prezentat in anexa nr. 23 A la ordin si ramane nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numarul de cazuri ponderate se obtine prin inmultirea numarului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2015 este prezentat in anexa nr. 23 A la ordin, se stabileste pentru fiecare spital si ramane nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzand categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel national, mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI - national, precum si definirea termenilor utilizati - sunt prevazute in anexa nr. 23 B la ordin.

In situatia in care unul din spitalele prevazute in anexa nr. 23 A la ordin are in structura sectii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectueaza conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati (non DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non DRG) se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate avand in vedere documentele pentru fundamentarea tarifului si indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2014 si sumele aprobate la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatia servicii medicale spitalicesti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati

negociat nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in anexa nr. 23 C la ordin.

In situatia in care unul din spitale are in structura sectii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectueaza conform prevederilor lit. b).

a7) suma contractata conform prevederilor de mai sus se repartizeaza pe trimestre si luni; la nivelul fiecarui spital suma lunara prevazuta in contract nu poate fi mai mare decat media lunara stabilita conform formulei prevazuta la lit. a1, respectiv la lit. a2, dupa caz.

b) suma pentru spitalele de cronici precum si pentru sectiile si compartimentele de cronici (prevazute ca structuri distincte in structura spitalului aprobata/avizata de Ministerul Sanatatii) din alte spitale, care se stabileste astfel:

numar de cazuri externate x durata de spitalizare prevazuta in anexa nr. 25 la ordin sau, dupa caz, durata efectiv realizata x tariful pe zi de spitalizare

1. Numarul de cazuri externate

Numarul de cazuri externate pe spitale/sectii/compartimente se negociaza in functie de:

- media cazurilor externate in ultimii 5 ani la nivelul spitalului (tinandu-se cont de modificarile de structura aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii, dupa caz) si al judetului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital si pe sectie in anul 2015, in functie de numarul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national pentru sectii/compartimente de cronici si de durata de spitalizare prevazuta in anexa nr. 25 la ordin sau, dupa caz, durata de spitalizare efectiv realizata, pentru sectiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mica decat cea prevazuta in anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mica de 75% fata de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), dupa caz.

Numarul anual de cazuri externate negociat se defalca pe trimestre. La stabilirea numarului de cazuri externate contractate pe spital/sectie/compartiment se tine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; in acest scop, spitalele vor tine evidenta acestor indicatori.

Numarul de cazuri externate, obtinut in conditiile prevazute mai sus, se poate diminua prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, cu numarul de internari corespunzatoare anului 2014 pentru care nu se justifica internarea.

2. Durata de spitalizare pe sectii este valabila pentru toate categoriile de spitale si este prevazuta in anexa nr. 25 la ordin.

Pentru sectiile/spitalele cu internari obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), precum si pentru sectiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitatile de gradul II si III, psihiatrie cronici si pneumoftiziologie adulti si copii se ia in considerare durata de spitalizare efectiv realizata in anul 2014.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe sectie/compartiment se negociaza pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru

sectiile si compartimentele din structura proprie, avand in vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, in functie de particularitatile aferente fiecarui tip de spital, cu incadrarea in sumele aprobate la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatie servicii medicale spitalicesti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decat tarifele maximale prevazute in anexa nr. 23 C la ordin.

4. Casele de asigurari de sanatate contracteaza servicii medicale paliative in regim de spitalizare continua daca acestea nu pot fi efectuate in conditiile asistentei medicale la domiciliu.

Suma aferenta serviciilor medicale paliative se stabileste astfel:

Numarul de paturi contractabile pentru anul 2015 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national pentru sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in anexa nr. 23 C la ordin.

c) suma aferenta Programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, finantata din fondul alocat pentru programele nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al carui model este prevazut in normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programelor nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al carui model este prevazut in normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in: oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si in cabinetele de boli infectioase care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum si in cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

f) suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantata din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, stabilita conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, si care se determina prin inmultirea numarului negociat si contractat de servicii medicale spitalicesti pe

tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociaza intre spitale si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tarifele maximale decontate de casele de asigurari de sanatate, prevazute in anexa nr. 22 la ordin. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat negociat cu spitalul, este unic pentru fiecare tip de caz/serviciu prevazut in anexa nr. 22 la ordin, indiferent de structura de spitalizare de zi in care se acorda serviciul/cazul rezolvat.

h) suma pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si prin anexa nr. 26 la ordin, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

(2) Sumele de la lit. c) si d) ale alin. (1) sunt prevazute in contracte distincte. Sumele de la lit. e), f) si h) ale alin. (1) se aloca prin incheierea de contracte distincte corespunzatoare tipului de asistenta medicala incheiate de spitale cu casele de asigurari de sanatate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitatile desfasurate in camerele de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor, pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerul Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continua, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati.

Serviciile medicale care se acorda in aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevazute in anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2 pozitiile 37 si 38 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical si sunt considerate servicii medicale acordate in regim de spitalizare de zi numai pentru situatiile neinternate prin spitalizare continua. Numarul serviciilor medicale si tariful aferent acestora se negociaza cu casele de asigurari de sanatate, fiind suportate din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti. Sumele contractate pentru spitalizare de zi in cadrul acestor structuri, se evidentiaza distinct in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate in ambulatoriu de specialitate sau in regim de spitalizare de zi in structurile organizate in cadrul unei unitati sanitare cu paturi a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati (non DRG) aferent spitalizarii continue, in situatiile in care cazurile sunt internate in aceeasi unitate sanitara prin spitalizare continua si in aceeasi zi in care asiguratul a beneficiat de servicii medicale in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate in ambulatoriul unitatii sanitare cu paturi si decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau acordate in regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate servicii acordate in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua.

Art. 6. – (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicesti casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere 90% din fondurile aprobate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(2) Diferenta de 10% din fondul cu destinatie servicii medicale spitalicesti ce nu a fost contractata initial se utilizeaza astfel:

a) 9% pentru:

a.1. decontarea serviciilor prevazute la art. 100 din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

a.2. situatii justificate ce pot aparea in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti.

b) 1% pentru complexitate suplimentara a cazurilor in ceea ce priveste comorbiditatea si numarul de zile de ingrijiri acordate in cadrul sectiilor/compartimentelor de terapie intensiva. Suma se calculeaza trimestrial numai spitalelor care indeplinesc cumulativ urmatoarele criterii:

- prezenta permanenta a cel putin unui medic in cadrul sectiei/compartimentului de terapie intensiva,
- prezenta permanenta a unui numar corespunzator de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale in vigoare, in cadrul sectiei/compartimentului de terapie intensiva,
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru sectia/compartimentul de terapie intensiva,
- consum de materiale sanitare cu cel putin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital/nr. total al structurilor functionale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferenta fiecarui spital care indeplineste criteriile de mai sus se stabileste conform urmatoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecarei grupe DRG in sectia/compartimentul de terapie intensiva a spitalului/Total zile de spitalizare peste mediana fiecarei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate in contract cu o casa de asigurari de sanatate pentru sectiile/compartimentele de terapie intensiva x 25% din suma reprezentand 1% pentru complexitatea suplimentara a cazurilor.

Casele de asigurari de sanatate incheie act aditional pentru sumele reprezentand complexitatea suplimentara a cazurilor, fara a modifica numarul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acorda aceasta suma.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecarei grupe DRG din sectiile/compartimentele de terapie intensiva pentru fiecare spital se pun la dispozitia caselor de asigurari de sanatate trimestrial de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti.

In situatia in care nu sunt intrunite de catre nici un furnizor, conditiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectiva se utilizeaza in conditiile lit. a.

Spitalele evalueaza pacientii atat la intrarea cat si la iesirea din compartimentele/sectiile TI, in conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2 Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4

Temperatura rectala (▫C)	> 41	39.0 – 40.9		38.5 – 38.9	36.0 – 38.4	34.0 – 35.9	32.0 – 33.9	30.0 – 31.9	< 2 9.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 – 159	110 – 129		70 – 109		50 – 69		< 49
Ritmul inimii (batai/min)	> 180	140 –179	110 – 139		70 – 109		55 – 69	40 –54	< 39
Rata respiratiei (respiratii/ min)	> 50	35 – 49		25 – 34	12 – 24	10 – 11	6 – 9		< 5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO2 > 50%	66.5	46.6 – 66.4	26.6 – 46.4		< 26.6				
A–aDO_2									
FiO_2 < 50% PaO_2					> 9.3	8.1 – 9.3		7.3 – 8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 – 7.59		7.50 – 7.59	7.33 – 7.49		7.25 – 7.32	7.15 – 7.24	< 7.151
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160 – 179	155 – 159	150 – 154	130 – 149		120 – 129	111 – 119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0 – 6.9		5.5 – 5.9	3.5 – 5.4	3.0 – 3.4	2.5 – 2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171 – 299		121 – 170	50 – 120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 – 59.9	4 6 – 49.9	30 – 45.9		20 – 29.9		< 20
Numar de leucocite (x 10^9/l)	> 40		20 – 39.9	15 – 19.9	3 – 14.9		1 – 2.9		< 1
Alte variabile:	– Scala de coma Glasgow – Varsta				– Boli cronice – Statut chirurgical				

Art. 7. – (1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinatia servicii medicale spitalicesti si alocate caselor de asigurari de sanatate, se contracteaza de catre acestea prin acte aditionale la contractele initiale pentru anul 2015, precum si pentru incheierea de contracte noi. Casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere la repartizarea fondurilor suplimentare conditiile avute in vedere la contractare si indicatorii specifici fiecarei unitati sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii initiale de contract/actelor aditionale, precum si nivelul de realizare a indicatorilor specifici in limita celor contractati. Incheierea de contracte noi se face cu avizul ordonatorului principal de credite si la contractare casa de asigurari de sanatate are in vedere incadrarea in numarul de paturi contractabile la nivel de judet, indeplinirea tuturor conditiilor de contractare, necesarul de servicii medicale si incadrarea in fondurile alocate cu destinatie servicii medicale spitalicesti, cu respectarea prevederilor de la art. 5 alin. (1).

(2) Pentru situatii justificate ce pot aparea in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, din fondurile prevazute la art 6 alin. (2) lit. a) punctul a.2), pot fi contractate cu spitalele/sectiile/compartimentele de acuti servicii medicale acordate de la data semnarii actului aditional, dar fara a se depasi suma ce poate fi contractata in functie de capacitatea maxima de functionare lunara a fiecarui spital stabilita astfel:

(Nr_pat x IU_pat / DMS_ spital) x ICM x TCP /12 luni

In formula de mai sus, Nr_pat reprezinta numarul de paturi aprobate si contractabile dupa aplicarea prevederilor Planului national de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP si ICM reprezinta indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat si, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG in formula de mai sus ICM-ul si TCP-ul se inlocuiesc cu media ponderata calculata la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialitati si la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate, iar DMS_ spital se inlocuieste cu DMS_nat de 6,25.

Art. 8. – Sumele pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi de unitatile sanitare autorizate de Ministerul Sanatatii sa efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, si care nu incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in spitalizare continua, se determina prin inmultirea numarului de servicii medicale spitalicesti/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

Art. 9. – (1) Decontarea de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face dupa cum urmeaza:

a) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in spitale a caror plata se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza astfel:

1. Decontarea lunara, in limita sumei contractate pentru spitalizare continua acuti, se face in functie de:

- numarul de cazuri externate, raportate si validate.

Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti, conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

- valoarea relativa a DRG-ului corespunzator fiecarui caz;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2015, prevazut in anexa nr. 23 A la ordin;

2. Trimestrial se fac regularizari si decontari, in limita sumei contractate pentru spitalizare continua acuti, in functie de:

- numarul de cazuri externate, raportate si validate in ordine cronologica in functie de data externarii, pentru perioada aferenta trimestrului respectiv, precum si pentru perioada de la 1 aprilie 2015 si pana la sfarsitul trimestrului respectiv. Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Numarul de cazuri rezolvate, validate si decontate este numar intreg.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

- valoarea relativa a DRG-ului corespunzator fiecarui caz
- TCP-ul prevazut pentru fiecare spital in anexa nr. 23 A la ordin,

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate, validate si decontate este sub valoarea contractata pentru spitalizare continua acuti, in limita economiilor realizate din spitalizarea continua pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate, validate si decontate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mici decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate si validate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mari decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

In situatia in care in urma regularizarilor se inregistreaza nerealizari la spitalizarea continua si nu se inregistreaza depasiri la spitalizarea de zi, suma aferenta nerealizarilor aferente spitalizarii continue se poate redistribui la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare in situatia in care valoarea de contract aferenta acestor luni este mai mica decat cea stabilita conform art. 5 alin. (1) lit. a, fara a se depasi media lunara a sumei stabilita conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferente din nerealizari se diminueaza prin act aditional.

b) pentru serviciile medicale spitalicesti pentru care plata se face pe baza de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza astfel:

b1) pentru spitalele de cronici si pentru sectiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunara in limita sumei contractate pentru spitalizare continua cronici se face in functie de:

- numarul de cazuri externate, raportate si validate

Numarul de cazuri externate si raportate se valideaza de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

- durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin daca durata efectiv realizata este mai mare decat aceasta sau durata efectiv realizata daca aceasta este mai mica decat durata prevazuta din anexa nr. 25 la ordin;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

In cazul spitalelor/sectiilor cu internari obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare si internarile dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani),

precum si pentru sectiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitatile de gradul II si III, pneumoftiziolgie adulti si copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitalicesti se deconteaza lunar de catre casele de asigurari de sanatate in functie de numarul de zile de spitalizare efectiv realizat si validat pentru luna pentru care se face decontarea, si de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

2. Trimestrial se fac regularizari si decontari in limita sumei contractate pentru spitalizare cronici in functie de:

– numarul de cazuri externate, raportate si validate pentru perioada de la 1 aprilie 2015 si pana la sfarsitul trimestrului respectiv:

Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

– durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin daca durata efectiv realizata este mai mare decat aceasta sau durata efectiv realizata daca aceasta este mai mica decat durata prevazuta in anexa nr. 25 la ordin;

– tariful pe zi de spitalizare negociat.

In cazul spitalelor/sectiilor pentru internarile obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata – ani, precum si pentru sectiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitatile de gradul II si III, pneumoftiziolgie adulti si copii, psihiatrie cronici, decontarea se face in functie de numarul de zile de spitalizare efectiv realizat si validat si de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua cronici realizate, validate si decontate este sub valoarea

contractata pentru spitalizare continua cronici, in limita economiilor realizate din spitalizarea continua pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua cronici realizate, validate si decontate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mici decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua cronici realizate si validate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mari decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

In situatia in care in urma regularizarilor se inregistreaza nerealizari la spitalizarea continua, suma aferenta nerealizarilor se poate redistribui la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare in situatia in care valoarea de contract aferenta acestor luni este mai mica decat cea stabilita conform art. 5 alin. (1) lit. b, fara a se depasi media lunara a sumei stabilita conform art. 5 alin. (1) lit. b), iar eventualele diferente din nerealizari se diminueaza prin act aditional.

b2) pentru serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua:

1. Decontarea lunara se face in functie de numarul de zile de spitalizare realizat si validat si de tariful pe zi de spitalizare negociat intre casele de asigurari de sanatate si unitatile sanitare cu paturi, cu incadrarea in suma contractata lunar pentru servicii paliative.

Validarea zilelor de spitalizare se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

2. Trimestrial se fac regularizari si decontari cu incadrarea in suma contractata trimestrial pentru servicii paliative in functie de: numarul de zile de spitalizare realizat si validat pentru trimestrul pentru care se face regularizarea si de tariful pe zi de spitalizare negociat intre casele de asigurari de sanatate si unitatile sanitare cu paturi.

Validarea zilelor de spitalizare se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

c) pentru serviciile medicale spitalicesti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afectiuni acute in spitale, altele decat cele prevazute in anexa nr. 23 A la ordin,

precum si pentru servicii medicale spitalicesti acordate in sectiile si compartimentele de acuti (aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii, dupa caz ca structuri distincte in structura spitalelor) din spitalele de cronici, decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza astfel:

1. Decontarea lunara, in limita sumei contractate pentru spitalizare continua acuti, se face in functie de:

- numarul de cazuri externate raportate si validate

Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati negociat, aferent serviciilor medicale spitalicesti pentru patologie care necesita internare prin spitalizare continua.

2. Trimestrial se fac regularizari si decontari, in limita sumei contractate pentru spitalizare continua acuti, in functie de:

- numarul de cazuri externate, raportate si validate in ordine cronologica in functie de data externarii, pentru perioada aferenta trimestrului respectiv, precum si pentru perioada de 1 aprilie 2015 si pana la sfarsitul trimestrului respectiv, cu incadrarea in limita valorii contractate;

Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Numarul de cazuri rezolvate, validate si decontate este numar intreg.

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati negociat, aferent serviciilor medicale spitalicesti pentru patologie care necesita internare prin spitalizare continua.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate, validate si decontate este sub valoarea contractata pentru spitalizare continua acuti, in limita economiilor realizate din spitalizarea continua pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate, validate si decontate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mici decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

In situatia in care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continua acuti realizate si validate cat si contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi

sunt mai mari decat sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.

In situatia in care in urma regularizarilor se inregistreaza nerealizari la spitalizarea continua, suma aferenta nerealizarilor se poate redistribui la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare in situatia in care valoarea de contract aferenta acestor luni este mai mica decat cea stabilita conform art. 5 alin. (1) lit. a, fara a se depasi media lunara a sumei stabilite conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferente din nerealizari se diminueaza prin act aditional.

d) suma aferenta Programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, se deconteaza la nivelul realizarilor in limita sumelor prevazute in programele nationale cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programelor nationale cu scop curativ, se deconteaza la nivelul realizarilor in limita sumelor contractate cu aceasta destinatie;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in: oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, cabinete de boli infectioase si in cabinete de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, efectuate in regim ambulatoriu precum si in cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, decontata din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice, in conditiile prevazute in anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor decontata din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, stabilita conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, in limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza astfel:

1. Decontarea lunara in limita sumei contractate spitalizare de zi, se face in functie de:

- numarul de cazuri/servicii raportate si validate

Validarea cazurilor/serviciilor in regim de spitalizare de zi in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor

stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

- tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat

2. La regularizarea trimestriala in vederea decontarii, casele de asigurari de sanatate au in vedere urmatoarele:

- numarul de cazuri rezolvate/servicii, raportate si validate, pentru perioada aferenta trimestrului respectiv, precum si pentru perioada de la de la 1 aprilie 2015 si pana la sfarsitul trimestrului respectiv, cu incadrarea in limita valorii contractate;

Validarea cazurilor/serviciilor in regim de spitalizare de zi in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

- tariful negociat pe caz rezolvat/serviciu

Contravaloarea serviciilor/cazurilor rezolvate calculata pe baza indicatorilor de mai sus trebuie sa se incadreze in sumele contractate pentru spitalizare de zi.

In situatia in care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate in regim de spitalizare de zi realizate si validate este peste cea contractata, casele de asigurari de sanatate pot deconta aceasta depasire in limita economiilor inregistrate in spitalizarea continua acuti. In situatia in care in urma regularizarilor se inregistreaza nerealizari la spitalizarea de zi, suma aferenta nerealizarilor se poate redistribui la acelasi furnizor prin acte aditionale pentru lunile urmatoare cu destinatia servicii de spitalizare de zi, iar eventualele diferente se diminueaza prin act aditional.

Pentru trimestrul I 2015 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale in vigoare corespunzatoare.

(2) Cazurile internate in regim de spitalizare continua si de zi care nu au indeplinit criteriile de internare nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate. Cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului se deconteaza de casele de asigurari de sanatate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizarii de zi, diferenta fiind suportata de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinterneaza in aceeasi unitate sanitara sau intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la externare, se realizeaza in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu exceptia situatiilor in care comisia de analiza a cazurilor constituita la nivelul caselor de asigurari de sanatate constata ca sunt acoperite peste 80% din ingrijirile corespunzatoare tipului de caz conform codificarii.

(4) Decontarea cazurilor transferate intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la internare, se realizeaza - la unitatea sanitara de la care a fost transferat cazul - in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din

tariful pe zi de spitalizare, cu exceptia situatiilor in care comisia de revalidare a cazurilor constituita la nivelul caselor de asigurari de sanatate constata ca sunt acoperite peste 80% din ingrijirile corespunzatoare tipului de caz conform codificarii.

(5) Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii - boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la punctul 3 litera F capitolul II din anexa nr. 1 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate. Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 25% din cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii - boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor.

Art. 10. - Spitalele sunt obligate sa suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti cu casele de asigurari de sanatate:

a) cheltuielile privind investigatiile paraclinice pentru bolnavii internati efectuate in alte unitati spitalicesti sau in unitati ambulatorii de specialitate, in situatiile in care spitalul respectiv nu detine dotarea necesara sau aparatura existenta in dotarea acestuia nu este functionala, cu incadrarea in bugetul de venituri si cheltuieli aprobat, pe baza relatiilor contractuale stabilite intre unitatile sanitare respective; sumele astfel suportate de catre spitale pentru investigatii paraclinice pentru pacientii internati, efectuate in alte unitati spitalicesti sau in unitati ambulatorii de specialitate, se evidentiaza distinct si se raporteaza lunar caselor de asigurari de sanatate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

b) suma aferenta transportului interspitalicesc pentru asiguratii internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice, cu exceptia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanta pentru pacientii care nu se afla in stare critica si care se afla in unitatile sau compartimentele de primiri urgente si care necesita transport la o alta unitate sanitara sau la o alta cladire apartinand unitatii sanitare respective, in vederea internarii, investigarii sau efectuarii unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de catre Ministerul Sanatatii din fondul alocat serviciilor de ambulanta; sumele platite de catre spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguratii internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice, se evidentiaza distinct si se raporteaza lunar caselor de asigurari de sanatate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

c) suma aferenta consultatiilor interdisciplinare pentru pacientii internati, efectuate in ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unitati sanitare cu paturi, pe baza relatiilor contractuale stabilite intre unitatile sanitare respective; sumele astfel suportate de catre spitale pentru consultatiile interdisciplinare pentru pacientii internati, efectuate in ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unitati sanitare cu paturi, se evidentiaza distinct si se raporteaza lunar caselor de asigurari de sanatate, conform machetei din anexa nr. 22 B la ordin.

Art. 11. – (1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate, suporta suma aferenta serviciilor hoteliere standard (cazare standard si masa la nivelul alocatiei de hrana) pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asiguratii suporta contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare si/sau masa) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, in ceea ce priveste cazarea, se intelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico- sanitare si fara dotari suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider si altele asemenea), iar in ceea ce priveste masa, cea acordata la nivelul alocatiei de hrana stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabileste de fiecare unitate sanitara furnizoare de servicii spitalicesti. Pentru unitatile sanitare cu paturi, atat publice cat si private contributia personala a asiguratilor pentru aceste servicii este de maxim 300 lei/zi.

(2) Spitalele incaseaza de la asigurati suma corespunzatoare coplatii, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare continua, in sectiile/compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicesti, acordate in regim de spitalizare continua, prevazute in pachetul de servicii medicale de baza. Exceptie fac serviciile medicale spitalicesti acordate in sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative, serviciile medicale spitalicesti pentru internarile obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, serviciile medicale spitalicesti pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicesti pentru pacientii din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor spital precum si serviciile medicale spitalicesti de lunga durata – ani si serviciile medicale spitalicesti pentru care criteriul de internare este urgenta medico-chirurgicala.

c) Pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua, nivelul minim al coplatii este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare unitate sanitara cu paturi pe baza de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administratie al unitatii sanitare respective.

(3) Furnizorii de servicii medicale aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti contractate, incaseaza din partea asiguratului numai sumele reprezentand coplata si contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Categoriile de asigurati scutite de coplata prevazute la art. 213^1 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si documente si/sau dupa caz declaratie pe proprie raspundere ca indeplineste conditiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevazut in anexa nr. 23 D la ordin.

Art. 12. – (1) Spitalele, inclusiv centrele de sanatate multifunctionale cu si fara personalitate juridica, sunt obligate sa suporte din suma contractata pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti pentru asiguratii internati in regim de spitalizare continua si in regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din sectiile/compartimentele de ATI – structuri care nu interneaza/externeaza direct cazuri, precum si pentru investigatii paraclinice si pentru medicamente – in limita listei prezentata la contractare –, materiale sanitare, precum si toate cheltuielile necesare pentru situatiile prevazute la art . 10 lit. a), b) si c), cu exceptia:

– medicamentelor, materialelor sanitare pentru afectiunile din programele nationale de sanatate, medicamentele pentru bolile pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate,

– dispozitivelor medicale si serviciilor de tratament si/sau diagnostic acordate in cadrul programelor nationale de sanatate pentru unele afectiuni din programele nationale de sanatate.

(2) In situatia in care asiguratii, pe perioada internarii in spital, in baza unor documente medicale intocmite de medicul curant din sectia in care acestia sunt internati suporta cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare si investigatii paraclinice la care ar fi fost indreptatiti fara contributie personala, in conditiile H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguratilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevazute la alin. (2) reprezinta o obligatie exclusiva a spitalelor si se realizeaza numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobata prin decizie a conducatorului institutiei; metodologia va fi pusa la dispozitia casei de asigurari de sanatate si va fi adusa la cunostinta si pacientilor la internarea acestora in spital.

Art. 13. – (1) Serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acorda numai pe baza de recomandare medicala asiguratilor conform fiselor de solicitare prevazute in anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplica pacientilor internati. Fisele de solicitare se intocmesc intr-un singur exemplar daca serviciile medicale de inalta performanta se efectueaza de catre spitalul in care este internat pacientul, fara a se intocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) In situatia in care spitalele nu detin dotarea necesara sau aparatura existenta in dotarea acestora nu este functionala, pentru pacientii internati carora li se recomanda servicii medicale de inalta performanta prevazute la alin. (1) ce vor fi efectuate in alte unitati spitalicesti sau in unitati ambulatorii de specialitate, spitalele intocmesc fisele de solicitare prevazute in anexa nr. 24 la ordin care se completeaza in 2 exemplare, din care unul ramane la furnizorul care a facut recomandarea si, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta. La fisa de solicitare se ataseaza, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigatii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Art. 14. – Medicii care isi desfasoara activitatea in spital au obligatia ca la externarea asiguratului sa transmita medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, dupa caz, prin scrisoare medicala sau bilet de iesire din spital cu obligatia ca

acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, evaluarea starii de sanatate a asiguratului la momentul externarii si indicatiile de tratament si supraveghere terapeutica pentru urmatoarea perioada (determinata conform diagnosticului), informatii care trebuie sa se regaseasca si in foaia de observatie clinica generala la epicriza.

Medicii care isi desfasoara activitatea in spital au obligatia ca la externarea asiguratului sa elibereze prescriptie medicala pentru medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu, conform prevederilor legale in vigoare, daca recomanda un tratament in ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de iesire din spital, pentru o perioada de maximum 30 de zile.

Art. 15. – (1) Suma anuala prevazuta in bugetul de venituri si cheltuieli si, respectiv, suma prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casele de asigurari de sanatate se defalca de catre spitale pe trimestre si luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior in functie de subordonare, si al caselor de asigurari de sanatate.

(2) Casa de asigurari de sanatate deconteaza, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(3) Pentru incadrarea in sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate, spitalele vor intocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, daca este cazul, cu exceptia cazurilor de urgenta medico-chirurgicala, a cazurilor care necesita internare in sectiile de obstetrica si neonatologie si a bolilor cu potential endemo-epidemic. In acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, spitalele depun la casa de asigurari de sanatate pe fiecare sectie numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate in lista de prioritate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in lista de prioritate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite din lista de prioritate in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului in lista de prioritate.

(4) Trimestrial, pana la data de 5 a lunii urmatoare expirarii unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati si, pana pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedenta, ordonatorului de credite ierarhic superior, in functie de subordonare, si caselor de asigurari de sanatate executia bugetului de venituri si cheltuieli. Regularizarea si decontarea trimestriala se fac in primele 25 de zile ale lunii urmatoare trimestrului incheiat, cu exceptia trimestrului IV pentru care regularizarea se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs

pentru serviciile medicale realizate, raportate si validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 aprilie 2015 pana la data de 30 noiembrie a anului in curs, conform facturilor insotite de documentele justificative, urmand ca regularizarea finala a trimestrului IV sa se efectueze in luna ianuarie a anului urmator.

Art. 16. – Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum si cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale in vigoare, in vederea recunoasterii biletelor de internare eliberate de catre medicii ce-si desfasoara activitatea in aceste unitati Modelul de conventie este cel prevazut in anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitalicesti pot fi acordate asiguratilor si pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate, dupa caz.

Art. 17. – Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate in spitale se semneaza din partea spitalelor de catre membrii Comitetului director, care raspund, in conditiile legii, de realitatea si exactitatea datelor prezentate atat cu ocazia negocierii contractelor, cat si cu ocazia raportarii datelor in cursul executiei.

Art. 18. – Refuzul semnarii contractului de catre unitatea publica furnizoare de servicii medicale spitalicesti sau de catre casa de asigurari de sanatate va fi adus la cunostinta Ministerului Sanatatii sau celorlalte ministere si institutii cu retea sanitara proprie, respectiv autoritatilor administratiei publice locale, in functie de subordonare, si Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Pentru aceasta situatie, se constituie o comisie de mediere formata din reprezentanti ai Ministerului Sanatatii, ai ministerului de resort, ai autoritatilor administratiei publice locale, dupa caz, precum si ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, care, in termen de maximum 10 zile, solutioneaza divergentele.

Art. 19. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din unitatile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala spitaliceasca, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili, impreuna cu medicii de specialitate din unitatile sanitare cu paturi, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

Art. 20. – Furnizorii de servicii medicale spitalicesti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati, a tarifului pe zi de spitalizare si a tarifului pe caz/serviciu medical pentru serviciile acordate in regim de spitalizare de zi prevazute in anexa nr. 22 A la ordin.

ANEXA Nr. 23A

LISTA
spitalelor pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat, ICM, TCP si DMS valabile pentru anul 2015

Nr. Crt.	Cod Spital (CNAS)	Denumire spital	Clasificare	ICM 2015*)	TCP 2015**)	DMS_spital ***)
1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	III	1,2480	1.500	6,65
2	AB02	Spitalul de Boli Cronice Campeni	V	1,0317	1.430	8,33
3	AB03	Spitalul Municipal Blaj	IV	1,1789	1.475	7,45
4	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	IV	1,0046	1.475	5,56
5	AB05	Spitalul Municipal Aiud	IV	1,2394	1.475	6,67
6	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	IV	1,0396	1.475	6,33
7	AB08	Spitalul Municipal Sebes	IV	1,2307	1.475	6,85
8	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	IV	0,9207	1.475	6,19
9	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	V	0,9287	1.430	7,62
10	AB14	Centrul Medical Dr. Laura Catana	V	1,3175	1.430	7,02
11	AG01	Spitalul Judetean Pitesti	III	1,2242	1.600	6,89
12	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	IV	1,1973	1.600	4,57
13	AG04	Spitalul de Pneumoftiziologie Cmpulung	V	0,9754	1.430	9,36
14	AG05	Spitalul Municipal Campulung	IV	1,1621	1.475	6,28
15	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	IV	1,2272	1.475	5,62
16	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	IV	1,1463	1.475	6,54
17	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	IV	0,8819	1.475	6,82
18	AG13	Spitalul de Psihiatrie Sf.	V	1,3022	1.430	17,32

		Maria Vedea				
19	AG14	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Andrei" Valea Iasului	V	0,9367	1.430	10,41
20	AG15	Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni	V	0,9931	1.430	10,55
21	AG24	SC Muntenia Medical Competences SA	V	1,1063	1.430	3,51
22	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	II	1,3308	1.600	6,82
23	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	IV	1,0893	1.475	6,32
24	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	IV	0,7551	1.475	7,53
25	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	V	0,7384	1.430	7,96
26	AR14	Spitalul "Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	IV	0,9820	1.475	4,93
27	AR20	Centrul Medical Laser System	IV	1,0766	1.475	7,04
28	AR21	SC Genesys Medical Clinic SRL	IV	1,1580	1.475	3,51
29	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	II	1,1500	1.550	5,11
30	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	I	1,5283	1.850	6,48
31	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	IM	2,3376	2.230	6,30
32	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	IIM	1,2645	1.525	5,78
33	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	IM	1,3431	1.600	4,18
34	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	IM	0,8277	1.600	3,51
35	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	IM	0,6128	1.575	3,51

36	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	IIM	0,7146	1.600	3,51
37	B_101	Tinos Clinic SRL	IV	1,5059	1.475	3,51
38	B_103	SC Centrul Medical Unirea SRL	IV	1,0990	1.475	3,51
39	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	IM	1,0098	1.800	5,49
40	B_110	Clinica Angiomed	V	1,0147	1.430	3,51
41	B_113	SC Delta Health	IV	1,1191	1.475	3,51
42	B_116	Sanador	III	1,4087	1.500	3,51
43	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	IM	0,9435	1.800	4,37
44	B_121	Clinica de angiografie si terapie endovasculara Hemodinamic	V	1,5521	1.430	3,51
45	B_124	SC MedLife SA Sucursala Bucuresti	III	0,7315	1.500	3,51
46	B_125	SC Centrul Medical Medas 2003 SRL	V	0,3505	1.430	3,51
47	B_128	SC Medicover Hospitals SRL	IV	0,8630	1.475	3,51
48	B_129	Spital Monza	V	1,6525	1.430	3,51
49	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	III	1,1464	1.500	4,89
50	B_136	SC Promed System SRL	V	0,5195	1.430	3,51
51	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	IM	1,2920	1.800	5,20
52	B_140	Dr. Victor Babes Spital General	V	0,8389	1.430	3,51
53	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie – Traumatologie si TBC Osteoarticular	IIM	1,3219	1.825	4,28

		"Foisor" Bucuresti				
54	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	II	1,9619	1.550	5,80
55	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	IM	1,4178	1.808	5,85
56	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	IM	2,2053	1.800	5,07
57	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	IM	1,0079	1.800	5,52
58	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	II	1,2461	1.600	4,46
59	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	IIM	1,2299	1.525	4,97
60	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	IM	1,6301	1.575	6,24
61	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	IIM	1,3125	1.525	6,95
62	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	IM	1,5589	1.575	10,32
63	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	IM	1,1570	1.600	5,20
64	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	II	1,4629	1.600	4,85
65	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	IIM	1,1296	1.658	6,53
66	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	IM	1,3476	1.800	6,44
67	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	I	1,2534	1.850	5,70

68	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	IIM	0,8472	1.600	3,51
69	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	IM	2,3358	1.600	5,63
70	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	IM	1,5590	1.800	7,72
71	B_38	Centrul de Evalure si Tratament a Toxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	V	1,3821	1.430	10,55
72	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Stefan"	V	0,8684	1.430	7,62
73	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	IIM	1,5332	1.580	6,18
74	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	III	1,1397	1.500	5,02
75	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	IM	1,5959	1.800	8,79
76	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	IM	1,5656	1.800	4,99
77	B_50	Centrul de Sanatate RATB	IV	1,1072	1.475	4,25
78	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	I	1,2381	1.850	4,98
79	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr. C. Gorgos"	V	1,3860	1.430	10,72
80	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	V	0,7224	1.430	4,38
81	B_95	Euroclinic Hospital SA	IV	0,9563	1.475	3,51
82	B_96	SC Med Life SA	III	1,2774	1.500	3,51
83	B_97	Clinica Sf. Lucia SRL	V	1,7520	1.430	3,51

84	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	III	1,1355	1.600	5,76
85	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	V	1,0344	1.430	8,47
86	BC03	Spitalul Municipal Onesti	III	1,1018	1.500	6,38
87	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	IV	1,0249	1.475	6,67
88	BC05	Spitalul Orasenesc "loan Lascar" Comanesti	IV	1,2584	1.475	7,26
89	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	III	1,2949	1.500	8,96
90	BC08	SC Polimed SRL	IV	0,9151	1.475	5,27
91	BC14	Clinica Palade Bacau	V	0,8052	1.430	3,51
92	BC15	SC Eldimedmaterna SRL	V	1,6382	1.430	3,51
93	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	II	1,4134	1.600	5,38
94	BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	II	1,3991	1.550	7,42
95	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	IV	1,0389	1.475	6,28
96	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	IV	1,0317	1.475	6,45
97	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	IV	1,0649	1.475	6,89
98	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	V	1,2771	1.430	13,43
99	BH12	Spitalul Municipal Salonta	IV	1,0621	1.475	6,56
100	BH13	Spitalul Orasenesc Stei	V	0,8989	1.430	7,41
101	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	IV	1,0623	1.475	13,83
102	BH26	Spitalul Pelican Oradea	II	1,5600	1.550	3,51
103	BH32	Euclid Oradea	V	0,8366	1.430	3,51
104	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	III	1,0992	1.500	6,57
105	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	IV	0,8509	1.475	5,86
106	BN03	Spitalul Orasenesc	IV	0,8270	1.475	5,78

		Beclean				
107	BN09	SC Clinica Sanovil SRL	IV	0,9470	1.475	3,51
108	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	III	1,4732	1.500	7,03
109	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	IV	0,8576	1.475	6,64
110	BR07	Spitalul "Sf. Pantelimon" Braila	V	1,3709	1.430	12,28
111	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	V	0,9125	1.430	8,32
112	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	III	1,0943	1.500	6,43
113	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	V	0,9846	1.430	8,95
114	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	IV	1,0151	1.475	6,46
115	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	V	0,9983	1.430	8,35
116	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	II	1,4968	1.600	6,35
117	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	IIM	1,0405	1.525	4,93
118	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	IIM	1,1743	1.600	5,07
119	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	IIM	1,4577	1.525	7,05
120	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	IIM	1,1187	1.525	7,93
121	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	IV	0,9842	1.475	5,31
122	BV08	Spitalul Municipal Codlea	V	0,9451	1.430	7,08
123	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	IV	0,9343	1.475	5,53
124	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	IV	0,8114	1.475	5,45
125	BV13	Spitalul de Psihiatrie si Neurologie Brasov	IIM	1,2897	1.525	11,01
126	BV17	SC Rur Medical SRL	V	0,8677	1.430	3,51
127	BV18	Clinicile ICCO SRL	IIM	1,6497	1.525	3,51

128	BV21	Spitalul Teo Health SA	III	1,4123	1.500	3,51
129	BV23	SC Centrul Medical Unirea SRL Brasov	III	0,9073	1.500	3,51
130	BV24	SC PDR SA	IV	1,2053	1.475	3,51
131	BV25	SC Onco Card SRL-Centrul de Diagnostic si Tratament Oncologic	V	1,3680	1.430	3,51
132	BV28	Clinicile ICCO Ortopedie SRL	V	2,0561	1.430	5,07
133	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	III	1,1738	1.500	5,66
134	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	IV	0,9997	1.475	5,85
135	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	IV	0,8796	1.475	5,63
136	BZ09	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Sapoca	IV	1,3863	1.475	13,59
137	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	I	1,2131	1.850	6,35
138	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. dr. O. Fodor" Cluj-Napoca	IM	1,5988	1.800	5,95
139	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj- Napoca	IIM	1,1786	1.600	4,19
140	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	IIM	1,7323	1.600	8,71
141	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	IIM	1,7131	1.525	6,31
142	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	IIM	1,2442	1.525	8,49
143	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	II	1,2785	1.550	7,57
144	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj- Napoca	IM	1,2214	1.800	6,76
145	CJ09	Institutul Inimii "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	IM	2,1683	1.800	7,03

146	CJ10	Spitalul Municipal Dej	IV	0,9989	1.475	6,84
147	CJ11	Spitalul Municipal Turda	IV	0,9448	1.475	6,34
148	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	IV	0,8515	1.475	5,50
149	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	IV	1,0160	1.475	6,24
150	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	IV	0,9482	1.475	5,60
151	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	IM	1,0356	1.839	7,06
152	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	III	1,0169	1.500	5,65
153	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	IV	0,7710	1.475	5,81
154	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	IV	0,7740	1.475	5,82
155	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	V	1,3682	1.430	16,25
156	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	V	1,1699	1.430	7,48
157	CS01	Spitalul Judetean Resita	III	1,1800	1.500	6,70
158	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	III	0,9597	1.500	6,73
159	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	IV	0,7651	1.475	6,38
160	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	IV	0,7860	1.475	6,17
161	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	IV	0,8530	1.475	5,92
162	CT01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta	IA	1,3907	1.850	5,85
163	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	III	1,0003	1.500	5,78
164	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	IV	1,0132	1.475	4,39
165	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	IV	0,9947	1.475	6,02
166	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	IV	0,9278	1.475	5,08
167	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	IIM	1,5827	1.525	7,21
168	CT18	SC Medical Analysis	V	1,6748	1.430	3,51

169	CT19	SC Medstar 2000 SRL	V	1,3226	1.430	3,51
170	CT20	Euromaterna SA	V	1,2452	1.430	3,51
171	CT22	ISIS Medical Center	V	1,2695	1.430	3,51
172	CT24	SC Rocomedicor SRL	V	1,0132	1.430	3,51
173	CT32	SC Ovidius Clinical Hospital SRL	V	0,8987	1.430	3,51
174	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	III	1,1405	1.500	6,17
175	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	IV	0,9637	1.475	6,16
176	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	IV	0,7243	1.475	5,45
177	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	IV	0,6962	1.475	5,89
178	CV08	SC Andimex SRL	V	0,7020	1.430	3,51
179	DB01	Spitalul Judetean Targoviste	III	1,3168	1.500	6,43
180	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	IV	0,9831	1.475	7,98
181	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	IV	0,9305	1.475	6,39
182	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	IV	0,9448	1.475	6,66
183	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	II	1,2015	1.800	5,95
184	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	IV	1,1358	1.475	5,53
185	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	IIM	1,2170	1.525	6,39
186	DJ04	Spitalul Municipal "Dr. Irinel Popescu" Bailesti	IV	0,8801	1.475	5,76
187	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	IV	1,0185	1.475	5,89
188	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	IV	0,8512	1.475	5,77
189	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	IV	0,9180	1.475	4,98
190	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti"	IV	0,9692	1.475	5,38

		Dabuleni				
191	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	V	1,1329	1.430	8,82
192	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	IIM	1,2798	1.525	8,42
193	DJ30	Centrul Medical Mogos Med	V	0,5684	1.430	3,51
194	DJ40	SC Eiffel Med SRL	V	0,9260	1.430	3,51
195	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	III	1,0799	1.500	5,99
196	GJ02	Spitalul Municipal Motru	IV	0,9536	1.475	5,73
197	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	III	1,1028	1.500	6,47
198	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	IV	0,9636	1.475	5,95
199	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	IV	0,9336	1.475	4,96
200	GJ06	Spitalul Orasenesc Bumbesti-Jiu	IV	1,0664	1.475	6,31
201	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	V	0,9171	1.430	9,07
202	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	IV	0,9335	1.475	5,82
203	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	II	1,3079	1.600	6,69
204	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	II	1,1865	1.600	5,14
205	GL03	Spitalul de Pshiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	V	1,2785	1.430	7,14
206	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	V	0,9172	1.430	4,71
207	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	V	0,9678	1.430	9,80
208	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Sf. Cuvioasa Parascheva" Galati	V	1,1864	1.430	6,86

209	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	IV	0,8673	1.475	4,49
210	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	IV	0,8060	1.475	4,79
211	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	III	0,9915	1.500	6,87
212	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	IV	0,8527	1.475	5,91
213	HD01	Spitalul Judetean de Urgenta Deva	III	1,2649	1.600	7,03
214	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	III	1,3042	1.500	6,46
215	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	III	1,2337	1.500	7,32
216	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	IV	1,0623	1.475	7,19
217	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	IV	1,1288	1.475	5,09
218	HD07	Spitalul Municipal Brad	IV	1,0237	1.475	6,00
219	HD08	Spitalul Municipal Orastie	IV	1,0289	1.475	6,68
220	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	IV	0,9163	1.475	5,53
221	HD18	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Zam	V	1,1671	1.430	16,58
222	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	III	1,1729	1.500	5,79
223	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	III	1,1472	1.500	6,24
224	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	IV	0,9804	1.475	6,21
225	HR04	Spitalul Municipal Toplita	IV	0,9489	1.475	6,11
226	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	V	1,4080	1.430	14,13
227	IF01	Spitalul De Obstetrica Ginecologie Buftea	V	0,9560	1.430	3,88
228	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	V	1,3523	1.430	20,79
229	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	II	1,1069	1.550	5,16

230	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	III	1,0920	1.500	5,23
231	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	IV	0,9426	1.475	5,05
232	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	IV	1,1002	1.475	5,44
233	IL04	Spitalul Orasenesc Tandarei	IV	1,0233	1.475	5,56
234	IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	I	1,4647	1.850	6,50
235	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	II	1,2418	1.600	5,68
236	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	IM	2,0758	1.800	6,96
237	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	IM	1,5186	1.726	6,56
238	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	II	1,1051	1.600	5,07
239	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	IIM	1,2026	1.525	5,18
240	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	II	1,5374	1.600	9,20
241	IS08	Institutul de Psihiatrie Socola Iasi	IIM	1,3744	1.800	12,62
242	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	IIM	1,2656	1.525	6,26
243	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	IIM	2,0616	1.600	7,37
244	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	IIM	1,2538	1.525	8,59
245	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	IV	0,7314	1.475	4,99
246	IS14	Spitalul Municipal Pascani	IV	1,0562	1.475	6,90
247	IS28	Spital Providenta	IV	1,1458	1.475	6,23
248	IS30	Arcadia Hospital	IV	1,2110	1.475	3,51

249	IS31	Arcadia Cardio	V	1,5463	1.430	3,51
250	IS32	Centrul de oncologie euroclinic	NC	1,2562	1.380	3,51
251	IS36	Institutul Regional de Oncologie Iasi	IM	1,7383	1.800	5,39
252	IS43	Clinica de Chirurgie Esculap	NC	0,8486	1.380	3,51
253	M01	Spitalul Militar de Urgenta "Regina Maria" Brasov	III	1,2987	1.500	5,91
254	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Stefan Odobleja"	III	1,0736	1.500	6,91
255	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	III	1,1420	1.500	6,78
256	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	IV	1,0965	1.475	5,88
257	M05	Spitalul Militar de Urgenta Dr. Victor Popescu Timisoara	II	1,1268	1.550	6,08
258	M06	Spitalul Clinic de Urgenta "Avram Iancu" Oradea	II	1,2326	1.550	6,18
259	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central "Dr. Carol Davila"	I	1,6536	1.850	5,11
260	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	II	1,2532	1.550	5,15
261	M09	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Augustin" Sibiu	III	1,0747	1.500	5,87
262	M10	Spitalul Militar de Urgenta Dr. Ion Jianu Pitesti	III	1,1172	1.500	5,32
263	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	IV	1,1198	1.475	5,62
264	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	III	1,2030	1.500	6,42
265	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Academician Vasile Candea"	IM	2,1461	1.600	7,18
266	M14	Spitalul de Urgenta "Prof. Dr. Dimitrie Gerota"	II	1,2142	1.550	6,94

267	M15	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. Agrippa Ionescu"	II	1,2489	1.550	6,08
268	M16	Spitalul "Prof.Dr. Constantin Angelescu"	III	1,1723	1.500	5,66
269	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	III	1,1005	1.500	6,62
270	MH02	Spitalul Municipal Orsova	IV	0,9098	1.475	5,26
271	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	IV	0,8323	1.475	5,22
272	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	III	1,3904	1.600	5,89
273	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	V	1,5212	1.430	7,48
274	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie "Dr. Nicolae Rusdea" Baia Mare	V	1,2782	1.430	7,68
275	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	IV	0,9506	1.475	8,89
276	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	V	1,1270	1.430	10,58
277	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	IV	0,9117	1.475	6,73
278	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	IV	0,8895	1.475	5,95
279	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	IV	0,8749	1.475	7,08
280	MM11	SC CHE Cosmedica SRL	V	3,3356	1.430	3,57
281	MM12	SC Euromedica Hospital SA	IV	1,5387	1.475	4,38
282	MM15	SC Clinica Somesan SRL	V	0,3808	1.430	3,51
283	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	I	1,8658	1.850	6,93
284	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	II	1,2506	1.550	7,06
285	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	IV	1,0597	1.475	6,37
286	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	IV	0,9683	1.475	6,23

287	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	IV	0,9812	1.475	6,23
288	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	IV	1,1106	1.475	9,16
289	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	IV	0,8443	1.475	5,74
290	MS15	Centrul Medical "Galenus" - SC Adria Med SRL	IV	0,8762	1.475	3,51
291	MS16	SC Centrul Medical Topmed SRL	IV	1,1835	1.475	3,51
292	MS18	SC Cardio Med SRL	V	2,3205	1.430	3,51
293	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	IV	1,1862	1.475	3,51
294	MS20	SC Cosmex SRL - Centrul Medical Puls	V	1,5043	1.430	3,51
295	MS21	Spitalul Sovata-Niraj	V	0,9414	1.430	6,21
296	MS24	Institutul de Boli Cardiovasculare si Transplant Targu Mures	I	2,4893	1.850	7,15
297	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	III	1,2242	1.500	6,35
298	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	III	1,1510	1.500	7,06
299	NT03	Spitalul Orasenesc Bicaz	IV	0,7324	1.475	5,16
300	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	IV	1,0291	1.475	6,64
301	NT07	Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani	V	0,9197	1.430	9,80
302	OT01	Spitalul Judetean Slatina	III	1,1145	1.500	6,13
303	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	IV	1,1842	1.475	6,23
304	OT03	Spitalul Municipal Caracal	IV	1,0944	1.475	6,20
305	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	IV	0,9723	1.475	5,36
306	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	III	1,1960	1.600	7,00
307	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	V	0,9187	1.430	5,48

308	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	V	1,0115	1.430	6,06
309	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	IV	0,7949	1.475	7,29
310	PH07	Spitalul Municipal Campina	IV	0,9932	1.475	5,52
311	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	IV	1,0412	1.475	5,02
312	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	IV	0,9692	1.475	6,63
313	PH101	Spitalul Orasenesc Urlati	IV	0,5348	1.475	5,06
314	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna	V	1,0288	1.430	6,88
315	PH105	Dentirad Hospital SRL	V	0,7820	1.430	5,32
316	PH106	SC Spital Lotus SRL	V	0,3368	1.430	3,51
317	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	IV	0,9426	1.475	5,66
318	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	V	1,4393	1.430	13,75
319	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	V	1,0039	1.430	9,39
320	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	V	1,0655	1.430	7,11
321	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	V	0,8164	1.430	6,35
322	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	IV	1,0805	1.475	6,81
323	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	V	1,0266	1.600	4,40
324	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	II	1,3709	1.600	6,78
325	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	IIM	1,1888	1.525	9,40
326	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	IIM	1,1517	1.525	9,97
327	SB04	Spitalul Municipal Medias	IV	0,9407	1.475	6,08
328	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	IV	0,8361	1.475	6,82
329	SB06	Spitalul Orasenesc Cisnadie	IV	0,9132	1.475	5,59
330	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	IIM	1,4043	1.600	5,33

331	SB11	SC Clinica Polisano SRL	IIIPC	1,1736	1.500	3,83
332	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	III	1,2870	1.500	6,04
333	SJ02	Spitalul Orasenesc "Prof. Dr. Ioan Puscas" Simleu Silvaniei	IV	0,9298	1.475	6,48
334	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	V	0,9312	1.430	6,53
335	SJ10	SC Salvosan Ciobanca ~~I.~~SRL	V	1,0055	1.430	7,77
336	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	III	1,0621	1.500	6,39
337	SM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare	V	0,8973	1.430	8,72
338	SM04	Spitalul Municipal Carei	IV	1,0038	1.475	6,86
339	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	IV	0,9269	1.475	6,66
340	SM08	Gynoprax	V	0,9472	1.430	3,68
341	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	III nivel II A	1,2826	1.600	6,27
342	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	IV	0,9174	1.475	6,98
343	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	IV	0,9752	1.475	7,03
344	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	IV	0,7664	1.475	5,20
345	SV05	Spitalul Municipal Radauti	IV	1,1574	1.475	6,63
346	SV06	Spitalul Orasanesc Siret	V	0,6404	1.430	6,84
347	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	IV	0,7721	1.475	6,69
348	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	V	1,2628	1.430	7,30
349	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	V	1,3483	1.430	12,03
350	SV17	Spitalul Bethesda Suceava	V	1,0146	1.430	3,51
351	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	III	0,9792	1.500	5,77
352	T02	Spitalul Universitar CF	IV	0,8923	1.475	5,84

		Witing				
353	T03	Spitalul Clinic CF Constanta	IV	0,9601	1.475	6,54
354	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	IV	0,9593	1.475	5,23
355	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	II	0,9690	1.550	5,87
356	T06	Spitalul Universitar CF Iasi	IV	1,0928	1.475	6,93
357	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	IV	1,0026	1.475	5,72
358	T08	Spitalul Clinic CF Oradea	IV	1,0503	1.475	5,98
359	T09	Spitalul General CF Brasov	IV	1,0605	1.475	6,38
360	T10	Spitalul CFR Galati	IV	1,0784	1.475	6,80
361	T11	Spitalul General CF Ploiesti	IV	0,8508	1.475	7,77
362	T12	Spital General CF Sibiu	IV	1,1754	1.475	3,83
363	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	IV	0,9971	1.475	6,54
364	T14	Spitalul General CF Pascani	IV	0,9238	1.475	6,59
365	T15	Spitalul General CF Simeria	IV	1,1540	1.475	6,34
366	T17	Spital CF Galati - Sectia Exterioara cu Paturi CF Buzau	IV	0,9825	1.475	7,79
367	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	III	1,0095	1.500	6,19
368	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	IV	1,0922	1.475	5,62
369	TM01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta "Pius Brinzeu" Timisoara	I	1,4203	1.850	6,77
370	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	II	1,2583	1.600	5,65
371	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	IM	1,2941	1.600	5,52
372	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	IIM	1,4536	1.525	8,76

373	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	IM	2,0618	1.800	4,88
374	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	IV	1,1038	1.475	7,10
375	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	IV	0,9860	1.475	4,77
376	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	IV	0,9783	1.475	5,13
377	TM11	Spitalul Orasenesc Samnicolau Mare	IV	0,9187	1.475	4,41
378	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	IV	0,8852	1.475	5,88
379	TM15	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Gataia	V	1,2746	1.430	12,24
380	TM16	Spitalul de ~~de~~ Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Jebel	IV	0,9914	1.475	16,99
381	TM17	Centrul Clinic de Evaluare si Recuperare pentru Copii si Adolescenti Cristian Serban Buzias	IIM	0,8048	1.525	8,58
382	TM22	Centrul de Oncologie Oncohelp	IIM	0,9739	1.525	3,51
383	TM26	Centrul Medical Sfanta Maria	V	1,2200	1.430	3,51
384	TM27	Materna Care	V	1,0256	1.430	3,86
385	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	III	1,1977	1.500	5,24
386	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	IV	0,7320	1.475	4,98
387	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	IV	0,8495	1.475	5,37
388	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	IV	0,6284	1.475	5,72
389	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiorii de Vede	V	1,0588	1.430	8,61
390	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	V	1,4573	1.430	9,40
391	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	IV	0,7571	1.475	6,15
392	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	III	1,1152	1.500	6,58

393	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	IV	0,8224	1.475	7,56
394	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	IV	0,8912	1.475	5,90
395	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	IV	0,7417	1.475	5,05
396	VL06	Spitalul de Pneumoftiziologie "C. Anastasatu" Mihaesti	V	1,0511	1.430	6,52
397	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	V	1,1680	1.430	4,92
398	VL15	SC Rapitest Clinica SRL	V	0,5972	1.430	3,51
399	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	III	1,2978	1.500	5,44
400	VN02	Spitalul Municipal Adjud	IV	1,0101	1.475	5,08
401	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	IV	0,9823	1.475	5,06
402	VN07	Spitalul Comunal Vidra	IV	0,8498	1.475	5,33
403	VN09	Spital Materna SRL	V	0,8443	1.430	3,51
404	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	III	1,1824	1.500	6,93
405	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	III	1,1139	1.500	6,40
406	VS04	Spitalul Municipal Husi	IV	1,0467	1.475	6,14
407	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	V	0,7369	1.430	8,16

*) ICM pentru anul 2015 este egal cu ICM realizat in anul 2014 propriu spitalului.

**) TCP pentru anul 2015 este stabilit diferentiat in functie de categoria de clasificarea spitalului, conform urmatoarei metodologii:

1. TCP – ul mediu national pentru anul 2014 a fost de 1.525 lei si reprezinta TCP – ul pentru anul 2015 aferent spitalelor care au categoria de clasificare II M.

2. Pentru celelalte categorii de clasificare, cu exceptia categoriei de clasificare I si categoriei de clasificare V, TCP – ul pentru anul 2015 a fost stabilit astfel:

a) pentru spitalele care au categoria de clasificare peste II M, TCP – ul aferent categoriei de clasificare II M a fost majorat cu 25 lei pentru fiecare categorie de clasificare peste II M

b) pentru spitalele care au categoria de clasificare sub II M, TCP - ul aferent categoriei de clasificare II M a fost diminuat cu 25 lei pentru fiecare categorie de clasificare sub II M.

3. TCP - ul pentru anul 2015 pentru spitalele din categoria de clasificare "Neclasificate" este 1.380 lei.

4. TCP- ul pentru anul 2015 pentru spitalele din categoriile extreme de clasificare, respectiv categoria de clasificare I si categoria de clasificare V, s-a raportat la TCP- ul din anul 2014 aferent acestor categorii de clasificare si a fost majorat cu 50 de lei fata de categoria de clasificare I, respectiv categoria de clasificare V, devenind 1.850 lei, respectiv 1.430 lei.

5. TCP-ul pentru anul 2015 pentru institute este de 1.800 lei.

6. In situatia in care TCP-ul pentru anul 2014 este mai mare fata de TCP-ul pentru anul 2015 rezultat ca urmare a metodologiei de mai sus, TCP pentru anul 2015 = TCP pentru anul 2014.

7. TCP-ul pentru anul 2015 se poate majora cu pana la 40% pentru pentru pozitia 30 (B_02) si cu pana la 15% pentru pozitia 29 (B_01) si pozitia 31(B_03) avand in vedere strategia de finantare a Ministerului Sanatatii.

7. TCP-ul pentru anul 2015 se poate majora cu pana la 40% pentru pozitia 30 (B_02) si cu pana la 15% pentru pozitia 29 (B_01), pozitia 31 (B_03) si pozitia 55 (B_18), avand in vedere strategia de finantare a Ministerului Sanatatii.

Modificat de art.I pct.2 prin OAP 557/2015

***) Durata medie de spitalizare a fiecarui spital pentru anul 2015 este durata medie de spitalizare realizata de spital in anul 2014. Pentru spitalele cu o durata medie de spitalizare realizata in anul 2014 mai mica decat media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe sectii realizate in anul 2014 prevazute anexa 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare in anul 2015 este de 3,51.

ANEXA Nr. 23B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatului
4	CMD 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator

5	CMD 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	CMD 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	CMD 10	Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

ANEXA Nr. 23B II

Nr. Crt.	Categoria majora de diagnostic (CMD)	Categorie Medicala, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Mediana DS in sectiile ATI national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2.7534	16.54	1.0
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1.4365	-	-
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3.4464	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0.649	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0.1197	-	-
6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2.3438	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inima	0	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie > 95 ore	14.2331	22.37	6.0
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0	-	-

16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28.5797	-	-
17	0	A	A2021	Intubatie varsta < 16 cu CC	4.1332	17.01	2.0
18	0	A	A2022	Intubatie varsta < 16 fara CC	1.6508	6.65	1.0
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1.7579	16.44	1.0
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5.8344	15.77	1.0
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3.4275	14.60	1.0
22	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2.5833	13.27	1.0
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4.2466	12.58	1.0
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2.0414	8.84	0.5
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2.2682	9.28	1.0
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1.4176	5.72	0.5
27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0.3276	2.33	0.5
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4.3915	7.83	1.0
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0.7561	5.63	0.5
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2.0099	8.32	1.0
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0.712	6.38	0.5
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0.8002	-	-

33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0.8317	-	-
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5.0342	12.40	3.0
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1.5122	10.93	1.0
36	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8704	19.69	2.0
37	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1.2601	11.23	1.0
38	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0.1827	-	-
39	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1.7957	12.51	2.0
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1.7579	-	-
41	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0.8884	7.54	1.0
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0.3339	-	-
43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.6445	9.45	2.0
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.7624	9.82	1.0
45	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2.1233	10.85	2.0
46	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta > 59 fara CC catastrofale sau severe	0.8821	12.01	2.0
47	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta < 60 fara CC catastrofale sau severe	0.4032	7.18	1.0
48	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1.8776	-	-

49	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0.3591	-	-
50	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0.9766	7.28	4.0
51	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0.4284	6.74	2.5
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2.9991	14.79	4.0
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1.6319	11.73	3.0
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1.0585	9.53	3.0
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0.3969	2.00	1.0
56	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1.2223	9.81	2.0
57	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0.252	3.88	0.5
58	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2.7786	14.20	3.0
59	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1.1467	9.18	2.0
60	1	M	B3140	Meningita virala	0.6175	-	-
61	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0.5482	4.68	1.0
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0.2835	4.78	2.0
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1.1089	7.80	2.0
64	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0.3717	4.70	1.0
65	1	M	B3180	Cefalee	0.2709	5.38	1.0
66	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1.9973	7.81	2.0
67	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau	0.8191	8.08	1.0

				severe			
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0.6616	6.36	1.0
69	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0.2394	5.07	1.0
70	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059	8.62	2.0
71	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0.5545	5.26	1.0
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1.2853	8.56	1.0
73	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1.1278	6.16	0.5
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0.6616	3.44	1.0
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.8884	-	-
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0.6112	3.72	1.0
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0.4284	3.07	1.0
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0.4599	5.91	1.0
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0.4158	-	-
80	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0.2835	5.75	1.0
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0.315	3.14	1.0
82	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0.8191	3.96	1.0
83	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0.4284	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0.6049	2.43	1.0
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0.4095	-	-
86	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.1404	-	-
87	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta < 55 fara CC catastrofale sau severe	0.7057	-	-

88	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0.4347	-	-
89	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0.2898	5.07	1.0
90	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0.7498	7.31	1.0
91	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0.2961	3.86	1.0
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4.6436	9.29	1.0
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4.2655	13.46	1.0
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1.8335	11.52	1.0
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1.1152	8.13	1.0
96	3	C	D1030	Cura chirurgicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1.1026	7.76	1.0
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1.6193	6.35	1.0
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0.9325	5.39	1.0
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1.4239	7.59	1.0
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0.8947	6.60	1.0
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gatului	0.5671	4.83	1.0
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0.5293	4.75	1.0
103	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0.4284	2.95	0.5
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gatului	0.6427	5.05	1.0
105	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0.2457	2.64	0.5
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0.4978	4.57	1.0
107	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0.3402	3.14	1.0
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0.2016	-	-

109	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1.8146	8.13	1.0
110	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0.5608	5.56	1.0
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0.3213	5.29	2.0
112	3	M	D3030	Epistaxis	0.2961	6.23	1.0
113	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0.5293	4.65	1.0
114	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0.3024	4.61	1.0
115	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0.2394	-	-
116	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0.2583	3.80	1.0
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatul cu CC	0.649	6.19	1.0
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gatul fara CC	0.2457	4.47	1.0
119	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0.5293	3.60	0.5
120	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0.1449	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4.1017	14.91	1.0
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2.1989	8.72	1.0
123	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3.6859	7.71	1.0
124	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1.5311	3.50	0.5
125	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau	0.6112	4.52	0.5

				severe			
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3.6985	9.22	3.0
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2.6337	9.85	2.0
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0.2016	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2.6652	-	-
130	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2.0036	-	-
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1.5374	9.68	2.0
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0.7876	-	-
133	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1.6697	9.53	2.0
134	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0.9703	7.67	1.0
135	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0.5608	7.76	1.0
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0.2835	-	-
137	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0.8758	7.98	2.0
138	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1.1467	9.01	3.0
139	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.6805	10.11	1.0
140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta > 69 cu CC	1.4302	10.10	2.0
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta > 69 sau cu CC	0.7435	7.25	1.0

142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta < 70 fara CC	0.4032	-	-
143	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0.6679	10.49	1.0
144	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0.3087	-	-
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0.7309	8.95	1.5
146	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta > 49 cu CC	0.7624	7.98	2.0
147	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta > 49 sau cu CC	0.5041	5.91	1.0
148	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta < 50 fara CC	0.3339	-	-
149	4	M	E3111	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1.0396	6.95	2.0
150	4	M	E3112	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0.5608	-	-
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1.6508	8.77	1.0
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0.8758	7.99	1.0
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0.4725	5.82	1.0
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0.9829	-	-
155	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1.6634	10.99	2.0
156	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1.0396	12.01	2.0
157	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0.6049	-	-
158	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1.676	8.09	2.0
159	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1.153	6.82	1.0
160	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0.6616	5.81	1.0
161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta > 64 cu CC	0.9388	6.33	1.0

162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta > 64 sau cu CC	0.6364	5.88	1.0
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta < 65 fara CC	0.3843	4.58	1.0
164	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7.3276	-	-
165	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6.3195	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6.3447	-	-
167	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8.8524	22.28	3.0
168	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6.1557	16.99	2.0
169	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4.3663	12.55	2.0
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6.5779	19.54	2.0
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4.9397	15.30	2.0
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4.0513	15.71	2.0
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3.0999	13.81	3.0
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7.523	16.86	2.0

175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4.5365	18.14	2.0
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5.2232	18.07	1.0
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.5266	15.19	1.0
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4.1143	12.20	1.0
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2.6715	11.82	1.0
180	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1.8461	6.67	2.0
181	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior cu CC catastrofale	5.9037	20.29	1.0
182	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2.9487	18.58	1.0
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1.9343	10.17	1.0
184	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2.3375	17.44	1.0
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3.1881	7.34	0.5
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1.342	7.84	1.0
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0.9388	5.58	1.0

188	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1.2853	3.76	1.0
189	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1.2538	5.38	1.0
190	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1.2538	10.25	1.0
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1.216	-	-
192	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1.5689	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0.6616	6.77	1.0
194	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3.2385	11.37	1.0
195	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1.2601	12.28	1.0
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3.4401	8.05	3.0
197	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.7327	7.43	2.0
198	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1.0648	-	-
199	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1.0396	7.70	2.0
200	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0.5608	-	-
201	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1.3609	9.01	2.0

202	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0.6553	6.48	1.0
203	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0.7561	3.87	1.0
204	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2.7471	17.13	3.0
205	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1.6886	8.76	2.0
206	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0.7561	8.06	2.0
207	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1.2538	9.55	3.0
208	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0.5734	9.23	3.0
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1.5689	8.66	1.0
210	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1.2853	8.12	1.0
211	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0.4284	7.88	1.0
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0.5482	7.03	2.0
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0.2646	-	-
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0.7246	7.45	2.0
215	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0.3528	4.99	2.0
216	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0.378	43.77	4.0
217	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1.2034	10.32	2.0
218	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0.252	-	-
219	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0.9829	5.97	1.0
220	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0.4473	5.71	1.0

221	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0.9514	7.96	2.0
222	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0.3654	4.47	1.0
223	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0.8317	8.03	2.0
224	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.49	2.0
225	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0.7876	5.88	1.0
226	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0.2961	3.22	1.0
227	5	M	F3150	Durere toracica	0.2646	-	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414	10.63	2.0
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0.9892	8.16	1.0
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0.523	5.70	1.0
231	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4.694	18.90	2.0
232	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2.6841	15.96	2.0
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4.4356	16.60	2.0
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2.1359	12.89	1.0
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5.0909	19.51	3.0
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna cu CC catastrofale sau severe	3.8182	13.25	2.0

237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1.3672	11.40	1.0
238	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta > 49 cu CC	2.892	10.92	1.0
239	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta > 49 sau cu CC	1.7579	7.52	1.0
240	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta < 50 fara CC	1.0459	5.84	1.0
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros cu CC	1.9532	9.22	1.0
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subtire si gros fara CC	1.0963	7.06	0.5
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1.0648	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1.6886	5.81	1.0
245	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0.8443	4.83	1.0
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.0018	9.15	1.0
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0.5923	6.91	1.0
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta > 0	0.5797	6.33	1.0
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta < 1	0.5293	6.48	0.5
250	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1.2097	7.34	1.0
251	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0.4221	5.77	1.0
252	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2.8479	11.07	1.0

253	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0.8317	9.39	1.0
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0.9577	8.34	2.0
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0.1764	-	-
256	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0.4032	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1.5437	7.18	0.5
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0.6364	5.56	0.5
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0.2079	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687	6.05	1.0
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0.1701	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1.8335	10.32	1.0
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0.838	6.01	0.5
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0.2394	-	-
265	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0.9766	8.71	2.0
266	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0.5041	9.21	2.0
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.4978	7.30	3.0
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta < 65 fara CC catastrofale sau severe	0.2583	5.78	2.0
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0.9199	8.11	3.0
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0.2205	7.29	2.0
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0.5356	8.75	1.0

272	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0.9703	6.06	2.0
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0.4473	4.76	2.0
274	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0.4725	3.82	1.0
275	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0.2331	4.75	1.0
276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0.8065	8.56	1.0
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta > 9 ani fara CC catastrofale/severe	0.2709	5.37	1.0
278	6	M	G3091	Gastroenterita varsta < 10 ani cu CC	0.7498	4.27	1.0
279	6	M	G3092	Gastroenterita varsta < 10 ani fara CC	0.3402	4.36	2.0
280	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta < 10 ani	0.3717	4.91	1.0
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0.7813	6.97	1.0
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0.2394	6.02	1.0
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5.5572	18.96	1.0
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2.4825	13.60	1.0
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4.234	18.13	2.0
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severe)	2.3753	16.55	2.0
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1.3294	16.02	1.0

288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.432	8.54	1.0
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1.0648	6.64	1.0
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2.4825	13.26	1.0
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3.478	12.07	1.0
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1.5563	10.55	1.0
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075	7.17	1.0
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0.8443	5.45	1.0
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469	9.29	1.0
296	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2.0099	-	-
297	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0.838	-	-
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1.8083	13.07	0.5
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1.0144	-	-

300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0.586	6.35	0.5
301	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1.9406	9.47	2.0
302	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0.9136	9.04	2.0
303	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0.4347	7.49	2.0
304	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1.3987	9.53	2.0
305	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta > 69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0.6301	10.61	1.0
306	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1.4428	9.28	3.0
307	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0.5797	8.19	3.0
308	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996	8.80	2.0
309	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0.4095	7.56	1.0
310	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0.8569	7.80	2.0
311	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0.3465	5.80	1.0
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5.7966	29.65	1.0

313	8	C	I1021	Transfer de tesut microvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6.9181	17.08	1.0
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2.7534	11.97	0.5
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6.1935	24.34	1.0
316	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3.3834	14.47	1.0
317	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2.7597	14.10	1.0
318	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2.892	14.37	1.0
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de anlocuire a articulatiilor si reatalare a unui membru	2.6652	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6.1683	19.60	1.0
321	8	C	I1070	Amputatie	4.8767	23.81	1.0
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3.1188	14.63	1.0
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1.928	13.85	1.0
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5.6517	13.32	1.0
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3.0432	6.99	0.5
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2.6967	12.98	0.5
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1.3546	8.78	1.0

328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2.0603	12.43	1.0
329	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4.9334	16.15	1.0
330	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2.6274	12.95	1.0
331	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1.3546	10.82	1.0
332	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2.9298	12.20	1.0
333	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta > 59 fara CC catastrofale sau severe	1.6004	11.29	0.5
334	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei si gleznei varsta < 60 fara CC catastrofale sau severe	1.2034	9.43	0.5
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1.487	15.83	1.0
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1.9343	12.13	2.0
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0.8695	5.36	1.0
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1.4113	11.41	1.0
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0.5167	4.95	0.5
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0.9829	6.66	0.5
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0.7939	7.45	0.5

342	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0.8506	7.00	0.5
343	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0.4221	4.69	0.5
344	8	C	I1230	Artroscopie	0.4536	3.21	0.5
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor incluzand biopsia	1.8146	7.09	1.0
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2.1422	9.34	1.0
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0.6868	6.82	0.5
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2.4699	6.69	0.5
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0.7435	4.47	0.5
350	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1.0711	4.27	1.0
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0.5545	5.04	0.5
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1.7579	7.39	0.5
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1.3483	9.64	1.0
354	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0.5356	6.99	0.5
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2.0162	27.00	1.5
356	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0.712	-	-
357	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1.3609	12.38	1.0
358	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau	0.5671	7.84	0.5

				severe			
359	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2.2178	13.58	1.0
360	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0.4221	14.41	1.0
361	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2.3564	-	-
362	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0.7939	-	-
363	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1.3294	9.36	2.0
364	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0.6049	5.38	0.5
365	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0.189	-	-
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta > 74 cu CC catastrofale sau severe	1.5626	-	-
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.5923	10.33	1.0
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta < 75 fara CC catastrofale sau severe	0.2898	10.72	1.0
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0.5482	-	-
370	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta > 69 cu CC	0.8695	-	-
371	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta > 69 sau cu CC	0.4032	-	-
372	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta < 70 fara CC	0.2646	-	-
373	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.2034	12.67	0.5

374	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta < 80 fara CC catastrofale sau severe	0.3339	5.06	0.5
375	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.7768	-	-
376	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6427	9.52	1.0
377	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale varsta < 60 fara CC catastrofale sau severe	0.3465	4.42	0.5
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta > 74 cu CC	1.1026	-	-
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta > 74 sau cu CC	0.4284	3.38	0.5
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta < 75 fara CC	0.2835	2.38	0.5
381	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta > 64 cu CC	1.3861	4.95	0.5
382	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta > 64 sau cu CC	0.586	4.66	0.5
383	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta < 65 fara CC	0.2961	3.82	0.5
384	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta > 69 cu CC	1.1467	9.92	1.0

385	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta > 69 sau cu CC	0.4788	6.95	1.0
386	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta < 70 fara CC	0.2583	6.15	0.5
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2.0477	16.25	2.0
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0.9262	11.12	1.0
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1.2979	10.65	2.0
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0.4284	12.49	1.0
391	9	C	J1010	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4.8137	9.56	0.5
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1.2097	10.64	1.0
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.9829	5.42	0.5
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0.5482	5.56	0.5
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0.378	4.64	0.5
396	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2.0918	11.52	1.0
397	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0.6112	6.94	1.0
398	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0.4978	5.11	0.5
399	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirurgie plastica la nivelul sanului	0.4473	8.27	0.5
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0.2709	6.65	0.5

401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4.7444	20.04	1.0
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2.6148	18.78	1.0
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1.7768	11.67	0.5
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2.4194	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0.8947	8.47	0.5
406	9	C	J1100	Reconstructii majore ale sanului	3.5347	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1.4491	15.40	3.0
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0.126	-	-
409	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.6742	9.21	1.0
410	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta > 69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0.2394	6.20	1.0
411	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0.2772	4.37	0.5
412	9	M	J3041	Celulita varsta > 59 cu CC catastrofale sau severe	1.342	11.41	1.0
413	9	M	J3042	Celulita (varsta > 59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta < 60	0.5608	7.01	1.0
414	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta > 69	0.5545	7.61	2.0
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta < 70	0.2709	5.43	1.0

416	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0.5923	4.66	0.5
417	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0.1575	-	-
418	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0.9199	6.50	1.0
419	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0.0882	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3.7867	19.44	1.0
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2.7849	8.94	1.0
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2.6085	12.43	1.0
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1.5689	5.99	1.0
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1.2664	5.68	0.5
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1.1152	6.49	1.0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1.3357	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0.6616	5.38	1.0
428	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2.7849	10.16	1.0
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0.3843	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1.279	7.97	3.0
431	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0.5734	7.08	1.0
432	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2.306	11.87	1.0
433	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1.5185	8.32	1.0
434	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta > 74 sau cu CC severe	0.7246	5.57	1.0
435	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta < 75 fara CC catastrofale sau severe	0.3843	4.02	1.0
436	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0.4158	-	-

437	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1.4239	7.49	1.0
438	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0.4851	5.75	1.0
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4.0576	26.15	1.0
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1.1971	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4.1332	16.65	2.0
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2.7345	12.77	2.0
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3.6229	12.80	1.0
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1.8461	10.40	1.0
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1.279	9.99	1.0
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2.2241	9.53	0.5
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8821	9.72	1.0
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1.9847	10.50	1.0
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0.6364	7.32	1.0

450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1.279	7.10	1.0
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0.523	5.49	1.0
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0.8569	7.32	1.0
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0.5419	5.46	0.5
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofal	4.946	14.53	1.0
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2.1233	7.37	1.0
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1.0459	7.60	1.0
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0.6238	5.35	0.5
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0.2016	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0.3969	2.37	0.5
460	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2.2556	11.61	2.0
461	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1.216	10.27	1.0
462	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0.6364	9.14	1.0
463	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0.0945	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1.2601	8.66	1.0
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.6112	4.69	1.0
466	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1.6445	8.90	3.0

467	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta > 69 sau cu CC severe	0.7435	10.40	1.0
468	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta < 70 fara CC catastrofale sau severe	0.4284	6.02	1.0
469	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0.3276	5.18	1.0
470	11	M	L3061	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0.9262	7.20	1.0
471	11	M	L3062	Semne si simptome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3339	6.51	1.0
472	11	M	L3070	Strictura uretrala	0.3528	8.24	0.8
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2.0603	11.30	3.0
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0.8947	8.51	1.0
475	11	M	L3083	Alte diagnostice Sa nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0.3087	6.24	1.0
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2.7723	15.92	2.0
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1.6823	9.88	1.0
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0.8695	8.19	1.0
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1.0963	5.03	0.5
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0.5734	4.85	0.5
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1.0711	6.10	1.0
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0.441	4.15	0.5
483	12	C	M1050	Circumcizie	0.3213	3.20	0.5

484	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1.9217	7.37	0.5
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0.6049	9.20	1.0
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0.189	-	-
487	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1.0081	7.04	1.0
488	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0.3465	6.24	1.0
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1.0837	8.08	1.0
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0.2835	6.74	1.0
491	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0.7687	4.15	0.5
492	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0.3402	2.88	0.5
493	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0.2646	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0.252	5.12	0.5
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3.3456	11.57	1.0
496	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3.0243	9.52	1.0
497	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1.6949	6.54	1.0
498	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2.5833	9.10	1.0

499	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1.5878	6.73	1.0
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1.1719	8.51	1.0
501	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1.9784	8.84	1.0
502	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0.9955	6.54	1.0
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0.9514	7.02	1.0
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0.5104	4.64	1.0
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0.4536	3.70	1.0
506	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0.3087	3.85	1.0
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0.2898	2.35	0.5
508	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta > 64 cu stare maligna sau cu CC	2.8668	9.69	1.0
509	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta < 65 fara neoplasm fara CC	0.3717	5.55	1.0
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0.189	-	-
511	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1.0963	9.03	2.0
512	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului	0.5797	7.55	1.0

				reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe			
513	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0.3969	5.75	1.0
514	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0.4347	5.77	1.0
515	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0.1827	5.42	1.0
516	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2.3123	6.45	1.0
517	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1.5752	6.36	1.0
518	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1.2223	5.40	1.0
519	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.2412	5.50	0.5
520	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9388	5.90	1.0
521	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0.8128	5.53	1.0
522	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.586	4.51	0.5
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0.2835	3.15	0.5
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0.189	-	-
525	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1.027	5.67	0.5
526	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0.7309	6.06	1.0
527	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0.6238	5.45	0.5
528	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0.3402	7.84	1.0

529	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0.2394	-	-
530	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37 saptamani sau cu CC catastrofale	0.3276	4.33	1.0
531	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0.1449	-	-
532	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0.3654	5.26	1.0
533	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0.0945	-	-
534	15	C	P1010	Nou-nascut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0.7561	2.00	1.0
535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15.7327	-	-
536	15	C	P1030	Nou-nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12.4375	34.58	18.5
537	15	C	P1040	Nou-nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9.9109	35.56	12.0
538	15	C	P1050	Nou-nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6.414	34.63	13.5
539	15	C	P1061	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10.1629	29.84	9.0
540	15	C	P1062	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3.27	16.24	7.0
541	15	M	P3011	Nou-nascut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0.2709	1.61	1.0

542	15	M	P3012	Nou-nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0.4536	1.75	1.0
543	15	M	P3020	Nou-nascut, greutate la internare < 750 g	22.6886	24.35	15.0
544	15	M	P3030	Nou-nascut, greutate la internare 750-999 g	15.7579	34.72	16.0
545	15	M	P3040	Nou-nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6.0801	27.14	13.0
546	15	M	P3050	Nou-nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4.5113	33.01	10.0
547	15	M	P3061	Nou-nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4.6751	20.29	10.0
548	15	M	P3062	Nou-nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3.1944	19.63	7.0
549	15	M	P3063	Nou-nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2.3312	13.80	5.0
550	15	M	P3064	Nou-nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2.1296	-	-
551	15	M	P3071	Nou-nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.5581	21.68	7.0

552	15	M	P3072	Nou-nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2.0918	14.07	5.0
553	15	M	P3073	Nou-nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1.4176	10.24	3.0
554	15	M	P3074	Nou-nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.6301	-	-
555	15	M	P3081	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2.2934	16.42	6.0
556	15	M	P3082	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1.3042	8.68	3.0
557	15	M	P3083	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0.7309	6.10	2.0
558	15	M	P3084	Nou-nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0.315	4.63	1.0
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2.3753	12.28	1.0
560	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3.3582	8.42	1.0
561	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0.6175	5.99	1.0
562	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1.5563	7.91	2.0

563	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0.712	-	-
564	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0.2331	6.67	1.0
565	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1.3168	8.56	1.0
566	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0.649	7.61	2.0
567	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0.2268	6.91	2.0
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0.3969	13.76	1.0
569	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6.3195	14.45	1.0
570	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2.0162	9.61	1.0
571	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3.396	13.24	1.0
572	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1.8398	9.84	1.0
573	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4.8767	8.78	0.5
574	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0.9892	5.71	0.5
575	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1.5248	9.81	0.5
576	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de	0.712	6.14	1.0

				operatii fara CC catastrofale sau severe			
577	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5.387	23.95	1.0
578	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1.0648	8.95	1.0
579	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0.6112	-	-
580	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3.0936	12.64	1.0
581	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1.0207	10.58	1.0
582	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0.1323	-	-
583	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1.1656	9.06	1.0
584	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0.4914	4.84	1.0
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0.1512	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0.4095	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0.189	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5.4627	20.71	1.0
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2.432	11.33	0.8
590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1.5941	-	-
591	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5.6769	15.44	1.0
592	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2.4888	9.48	1.0
593	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare fara CC	1.3231	6.06	0.5
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1.7327	11.16	2.0
595	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0.8254	8.23	2.0

596	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0.9514	15.52	1.0
597	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta < 55 fara CC catastrofale sau severe	0.5545	-	-
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0.8443	7.67	2.0
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0.3969	-	-
600	18	M	T3041	Boala virala varsta > 59 sau cu CC	0.5734	6.78	3.0
601	18	M	T3042	Boala virala varsta < 60 fara CC	0.3087	-	-
602	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1.8146	8.68	3.0
603	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0.5608	4.81	2.0
604	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1197	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0.1134	-	-
606	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2.3942	-	-
607	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1.3168	13.71	1.0
608	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1.928	-	-
609	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0.9325	11.85	1.0
610	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta > 69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2.2367	14.11	1.0

611	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta < 70 fara CC catastrofale sau severe	1.4996	8.54	1.0
612	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0.8695	3.88	1.0
613	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0.6553	5.09	1.0
614	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3.3204	7.70	1.0
615	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0.8002	5.19	1.0
616	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1.6634	6.58	1.0
617	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0.5545	5.17	1.0
618	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0.2457	4.47	1.0
619	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0.7309	-	-
620	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0.6805	8.68	1.0
621	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0.0882	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0.3843	-	-
623	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0.3591	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0.3843	-	-
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15.2538	28.32	7.0
626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5.9478	21.37	1.5
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4.5617	15.02	2.0

628	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5.0405	18.99	2.0
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS < 5 zile	0.9766	1.64	1.0
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2.0036	11.22	2.0
631	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0.838	8.55	0.5
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta > 59 sau cu CC	1.8272	16.27	1.0
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta < 60 fara CC	0.7624	9.78	0.5
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0.5545	5.70	0.5
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2.1611	11.03	1.0
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte	0.6553	7.73	1.0
				leziuni fara CC catastrofale sau severe			
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3.5158	23.61	0.5
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1.5437	14.03	0.5
639	21	M	X3011	Leziuni varsta > 64 cu CC	0.8506	7.49	1.0
640	21	M	X3012	Leziuni varsta > 64 fara CC	0.2772	7.30	1.0
641	21	M	X3013	Leziuni varsta < 65	0.2268	5.01	0.5
642	21	M	X3020	Reactii alergice	0.2457	2.76	1.0

643	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta > 59 sau cu CC	0.586	4.02	1.0
644	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta < 60 fara CC	0.2457	2.47	1.0
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0.9577	11.20	1.0
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0.3906	7.57	1.0
647	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta > 59 sau cu CC	0.649	6.67	1.0
648	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta < 60 fara CC	0.2268	3.84	1.0
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28.8695	29.16	4.0
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5.9163	29.81	0.5
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta < 65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1.9469	23.35	0.5
652	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1.1971	17.31	0.5
653	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1.5311	11.92	2.0
654	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta < 65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0.4347	7.67	1.0
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti transferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0.252	1.19	0.5
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0.9325	12.99	2.0

657	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1.0585	15.28	1.0
658	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0.4536	11.66	1.0
659	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0.1701	-	-
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2.1989	7.79	2.0
661	23	M	Z3012	Reabilitare fara CC catastrofale sau severe	1.1341	3.79	1.0
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0.1575	-	-
663	23	M	Z3020	Semne si simptome	0.441	5.04	1.0
664	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0.189	-	-
665	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1.5122	-	-
666	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0.4914	-	-
667	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0.5923	10.43	1.0
668	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0.1323	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0.441	-	-

NOTA: **1.** "-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, dupa caz, grupa de spitalizare de zi

2. DMS a fost calculata pe baza datelor raportate de spitale in perioada 01.01-31.12.2014.

3. Mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI la nivel national, a fost calculata luand in considerare toate cazurile raportate si validate in perioada 01.01-31.12.2014. pentru o anumita grupa de diagnostice, pentru care s-a inregistrat minim un transfer intraspitalicesc in sectia Anestezie si terapie Intensiva - ATI.

4. M - categorie Medicala, C - categorie chirurgicala, A - Alte categorii

5. duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externate, validate si raportate din sectiile ce furnizeaza ingrijiri de tip acut

Definirea termenilor utilizati in sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups – DRG): o schema de clasificare a pacientilor externati (in functie de diagnostic), care asigura o modalitate de a asocia tipurile de pacienti cu cheltuielile spitalicesti efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai larga a pacientilor doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativa (VR): Numar fara unitate care exprima raportul dintre tariful unui DRG si tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit in functie de cantitatea relativa de munca, consumabile si resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afectiunea/afectiunile respective.

Grouper: aplicatie computerizata (software) care permite alocarea automata a unui pacient intr-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizeaza fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate – CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externarii (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numarul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, intre momentul internarii si cel al externarii din spital

Cazuri ponderate (CP): pacienti "virtuali" generati prin ajustarea cazurilor externate, in functie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate si pentru cazurile echivalente

$$\text{Nr. CP} = \Sigma\ (\text{VRDRGi} \times \text{CRDRGi})$$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienti tratati intr-un spital, in functie de diagnostic si gravitate Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Numar (fara unitate) care exprima resursele necesare spitalului in concordanta cu pacientii tratati

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de baza) – CCP(RB): Valoare de referinta, ce reflecta costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel national:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel national / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) – valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital

Tariful pe caz rezolvat (TCR) – valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

$$TCR = TCP \times ICM$$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national.

$$TCDRGi = TCP \times VRDRGi$$

Abrevieri:
CMD = Categorii majore de diagnostice
DRG = Grupe de diagnostice
VR = Valoare Relativa
DS = Durata de spitalizare
CR = Cazuri rezolvate (externate)
CP = Cazuri ponderate
ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)
CCP = Costul pe caz ponderat
RB = Rata de baza
TCP = Tariful pe caz ponderat
TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA Nr. 23C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECTIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE, PRECUM SI PENTRU SECTIILE SI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE SI NEONATOLOGIE – PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECTIILE/COMPARTIMENTELE DE INGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire sectie/compartiment	Codul sectiei/ compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2015 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	202,11
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	108,50
3	Cronici	1061	198,29

4	Distrofici - Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	141,43
5	Pneumoftiziologie	1301	200,20
6	Pneumoftiziologie copii	1302	258,01
7	Pediatrie cronici	1282	278,04
8	Neonatologie (prematuri)	1222	444,35
9	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternitati de gradul	1222.1	573,00
10	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternitati de gradul	1222.2	955,60
11	Psihiatrie cronici	1333.2	112,28
12	Psihiatrie cronici (lunga durata)	1333.1	97,32
13	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	203,07
14	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie	1403	268,52
15	Recuperare medicala - respiratorie	1413	256,58
16	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	199,08
17	Recuperare neuropsihomotorie	1423	206,89
18	Recuperare medicala - neurologie	1393	217,72
19	Recuperare medicala	1393_REC	211,14
20	Geriatrie, gerontologie	1121	171,05
21	Ingrijiri paliative	1061_PAL	235,62

*) conform Ordinului ministrului sanatatii si familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii si codificarii structurilor organizatorice (sectii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unitatilor sanitare din Romania, cu completarile ulterioare

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2015 nu poate fi mai mare decat tariful maximal pe zi de spitalizare prevazut in tabel, cu exceptia sectiilor de psihiatrie cronici prevazute la poz. 11 si 12, a sectiei Distrofici - Pediatrie (recuperare pediatrica) prevazuta la poz. 4, a sectiei de recuperare neuropsihomotorie si recuperare medicala - neurologie prevazute la poz. 17 si 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maximale se pot majora cu pana la 30%, respectiv sectiilor de pnumoftiziologie si pneumoftiziologie copii

prevazute la poz. 5 si 6, pentru care tarifele maximale se pot majora cu pana la 15%.

NOTA 2: Pentru sectia clinica recuperare neuromusculara - recuperare medicala neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenta "Bagdasar Arseni", sectia clinica (IV) de recuperare medicala neurologie din cadrul Institutului National de Recuperare Medicina Fizica si Balneologie si sectia de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robanescu", tariful maximal pe zi de spitalizare este de 400 lei/zi

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUTI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECTIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUTI DIN SPITALELE DE CRONICI SI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Sectia/compartimentul (acuti)	Codul sectiei/ Compartimentului*)	Tarif mediu pe caz - maximal 2015 - lei
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	937,24
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.729,39
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.007,13
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	906,13
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.069,51
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	783,21
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1. 030, 42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.061,61
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	905,37
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	975,51
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.110,46
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.469,04
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	951,16
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.114,54

16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicina interna	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	818,38
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	998,10
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.224,12
26.	Medicale	Pediatrie	1252	873,16
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.004, 69
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	7 66,09
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrica	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatrica	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrica	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.609,44
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.293,84
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80

45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	94 6,63
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrica	2212	958,86
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.156,22
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.231,83
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.047,77
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.014,38

*) conform Ordinului ministrului sanatatii si familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii si codificarii structurilor organizatorice (sectii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unitatilor sanitare din Romania, cu completarile ulterioare

NOTA: Tariful contractat pentru anul 2015 nu poate fi mai mare decat tariful mediu pe caz maximal prevazut in tabel.

ANEXA Nr. 23D

DECLARATIE

Subsemnatul(a) . . . . . domiciliat/a in localitatea . . . . . ., str. . . . . ., nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . ., ap. . . ., judetul . . . . . ., telefon . . . . . ., actul de identitate . . . . . seria . . ., nr. . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca ma incadrez in una din categoriile de asigurati scutite de coplata, prevazute mai jos:

( ) copii 0 - 18 ani (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii - se completeaza de parinti/apartinatori legali)

( ) tineri intre 18 ani si 26 de ani - daca sunt elevi, absolventi de liceu - pana la inceperea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti - care nu realizeaza venituri din munca (conform art. 213^1 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii)

( ) bolnavi cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate stabilite de Ministerul Sanatatii - pentru serviciile medicale aferente bolii de baza respectivei afectiuni care nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte surse (conform art. 213^1 lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii)

( ) pensionari cu venituri numai din pensii de pana la 740 lei/luna (conform art. 213[1] lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii)

( ) femei insarcinate si lauze - cu venituri peste salariul de baza minim brut pe tara - pentru servicii medicale legate de evolutia sarcinii (conform art. 213[1] lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii - pentru toate serviciile medicale)

( ) femei insarcinate si lauze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de baza minim brut pe tara - pentru toate serviciile (conform art. 213[1] lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii) dovedita prin documentul/documentele . . . . . .,

Data
. . . Semnatura
. . . . . .
. . . . . .
.

ANEXA Nr. 24
- model -

A. FISA DE SOLICITARE EXAMEN RMN
UNITATEA SANITARA . . . . . Tel.:

Sef departament URGENTA: DA/NU
. . . . . .

FISA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ tinta/segment anatomic de examinat . . . . . .
1. Pacient: Nume . . . . . Prenume . . . . . .
telefon . . . . . .
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare . . . . . .
3. Greutate . . . . . Kg

4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU
Alte case . . . . . .
5. Internat DA/NU –
Sectia . . . . . nr. FO
. . . . . .
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic:
DA/NU
7. Dg. trimitere . . . . . .
.
8. Date clinice si paraclinice care sa justifice explorarea RMN:
. . . . . .
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU
Daca DA Data . . . . . .
Unde . . . . . .
Trimis de (spital, clinica) . . .
. . . . . .
Medic solicitant . . . . . .
. Data: . . . . . .
Semnatura si parafa medicului solicitant
Aviz sef sectie solicitanta cu asumarea responsabilitatii**):
(semnatura si parafa)

Programare examen RMN
Data: . . . . . .
Ora: . . . . . .
Substanta contrast: DA*) . . . .
. . . . . /NU
*) Se va aplica semnatura si parafa medicului de specialitate radiologie si imagistica medicala
Precizari: . . . . . .
Observatii speciale legate de pacient:
1. Asistat cardiorespirator . . .
. . . . . DA/NU
2. Cooperare previzibila
Normala/Dificila
3. Antecedente alergice . . . . .
. . . . . DA/NU
4. Astm bronsic . . . . . .
. DA/NU
5. Crize epileptice . . . . . .
. . . DA/NU
6. Suspiciune de sarcina . . . .
. . . . . DA/NU
7. Claustrofobie
8. Clipuri chirurgicale, materiale metalice de sutura
9. Valve cardiace, ventriculare
10. Proteze auditive
11. Dispozitive intrauterine
12. Proteze articulare, materiale de osteosinteza
13. Materiale stomatologice
14. Alte proteze
15. Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice)
16. Corpi straini intraocular
17. Schije, gloante, obiecte metalice
Semnatura pacientului

In caz de urgenta, rezultatul verbal va fi disponibil in 1 – 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris in cel mult 12 ore. In celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant in 2 – 3 ore, iar rezultatul scris in cel mult 24 de ore.

PREZENTA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICATIE ABSOLUTA PENTRU EXAMINARE);">!

**) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi

B. FISA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARA . . . . . Tel.:

DEPARTAMENTUL . . . . . Fax:

Sef departament . . . URGENTA:
. . . . . DA/NU

FISA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ tinta/segment anatomic de examinat . . . . . .
1. Pacient: Nume . . . . . Prenume . . . . . .
telefon . . . . . .
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare . . . . . .
.
3. Greutate . . . . . Kg Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU Data: . . . . . .
Alte case Ora: . . . . . .
5. Internat DA/NU - Substanta contrast: DA*) . . .
Sectia . . . . . nr. FO . . . . . /NU
. . . . . *) Se va aplica semnatura si
6. S-au epuizat celelalte metode parafa medicului de
de diagnostic: DA/NU specialitate radiologie si
7. Dg. trimitere imagistica medicala
8. Date clinice si paraclinice Precizari: . . . . . .
care sa justifice explorarea CT: . Diagnostic CT stabilit . . . .
. . . .
9. Examen CT anterior: DA/NU
10. Toleranta la substanta iodata:
DA/NU
Trimis de (spital, clinica) . . .
. . . . . .
Medic solicitant . . . . . .
. Data: . . . . . .
Semnatura si parafa medicului
solicitant
Aviz sef sectie solicitanta cu
asumarea responsabilitatii*):
(semnatura si parafa)

Pentru URGENTE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant in 1 - 2 ore, iar rezultatul scris in 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil in 24 ore.

*) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi

C. FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC
UNITATEA SANITARA . . . . . Tel.:
DEPARTAMENTUL . . . . . Fax:

Sef departament I URGENTA: DA/NU

FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat . . . . . .
Organ/segment anatomic de examinat . . . . . .
1. Pacient: Nume . . . . . Prenume . . . . . .
telefon . . . . . .
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare . . . . . .

3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU
Alte case . . . . . .
5. Internat DA/NU –
Sectianr. FO . . . . . .
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU
7. Dg. trimitere . . . . . .
. .
8. Date clinice si paraclinice care sa justifice explorarea
9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU
10. Stari alergice*): DA/NU
Trimis de (spital, clinica) . . .
. . . . . .
Medic solicitant Data: Semnatura si parafa medicului Solicitant
Aviz sef sectie solicitanta cu asumarea responsabilitatii*):
(semnatura si parafa)

Programare examen scintigrafic
Data: . . . . . .
Ora: . . . . . .
Precizari*): . . . . . .
Diagnostic scintigrafic stabilit
*) Sarcina reprezinta contraindicatie de efectuare a examenului scintigrafic
Semnatura pacientului (acolo unde este necesara confirmarea)

Pentru urgente, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant in 1 – 2 ore, iar rezultatul scris in maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant in 12 ore, iar rezultatul scris in 24 ore.

*) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi

D. FISA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARA . . . . . Tel.:
DEPARTAMENTUL . . . . . Fax:

Sef departament URGENTA: DA/NU

FISA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat . . . . . .
Organ/segment anatomic de examinat . . . . . .
1. Pacient: Nume . . . . . Prenume . . . . . .
telefon . . . . . .
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare . . . . . .

3. GreutateKg	Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU Alte case	Data: . . . . . Ora: . . . . . Precizari*): . . . . .
5. Internat DA/NU – Sectia . . . . . nr. FO	Observatii speciale legate de pacient: 1) Pacient diabetic . . . . . DA/NU
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	– in tratament cu sulfamide hipoglicemiante . . . . . DA/NU
7. Dg. trimitere	(daca DA se opreste tratamentul cu 48 de ore inaintea investigatiei)
8. Date clinice si paraclinice care sa justifice explorarea	2) Hepatita . . . . . DA/NU
9. Examen angiografic anterior: DA/NU	Diagnostic angiografic stabilit
10. Puls: – artera femurala dreapta	*) – Pacientul se va prezenta obligatoriu cu urmatoarele teste efectuate: activitatea protrombinica si timpul de protrombina determinate in ziua efectuarii investigatiei, creatinina, uree, ECG, tensiune arteriala, antigen HbS, test HIV
– artera femurala stanga	
10. Stari alergice*): DA/NU	– Administrarea anticoagulantelor cumarinice trebuie oprita cu 72 de ore inaintea investigatiei; medicatia antihipertensiva si antiaritmica NU se opreste;
– la substanta de contrast	
– alte alergii	
Trimis de (spital, clinica)	Semnatura pacientului (acolo unde este necesara confirmarea)
Medic solicitant Data: Semnatura si parafa medicului solicitant	
Aviz sef sectie solicitanta cu asumarea responsabilitatii*): (semnatura si parafa)	

Pentru urgente, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant in 1 – 2 ore, iar rezultatul scris in maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant in 12 ore, iar rezultatul scris in 24 ore. Semnatura si parafa medicului care a efectuat investigatia

*) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi

ANEXA Nr. 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECTII/COMPARTIMENTE VALABILA PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Cod Sectie	Denumire sectie	Durata de spitalizare pentru anul 2015
1011	Boli infectioase	6.48
1012	Boli infectioase copii	5.57
1023	HIV/SIDA	7.08
1033	Boli parazitare	4.34
1051	Cardiologie	6.07
1052	Cardiologie copii	5.12
1061	Cronici	11.17
1061_PAL	Ingrijiri paliative	19.13
1071	Dermatovenerologie	6.74
1072	Dermatovenerologie copii	7.25
1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	6.12
1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	4.76
1101	Endocrinologie	4.49
1102	Endocrinologie copii	3.80
1111	Gastroenterologie	5.44
1121	Geriatrie si gerontologie	11.99
1131	Hematologie clinica	5.70
1132	Hematologie copii	5.84
1151	Imunologie clinica si alergologie	4.46
1152	Imunologie clinica si alergologie copii	5.25
1171	Medicina interna	6.71
1191	Nefrologie	6.64
1192	Nefrologie copii	5.05
1202	Neonatologie (nn si prematuri)	4.45
1212	Neonatologie (nou nascuti)	4.59
1222	Neonatologie (prematuri)	14.09
1222.1	Neonatologie (prematuri)_MaternitateGrII	14.86
1222.2	Neonatologie (prematuri)_MaternitateGrIII	19.79

1231	Neurologie	7.60
1232	Neurologie pediatrica	5.50
1241	Oncologie medicala	4.60
1242	Oncopediatrie	6.90
1252	Pediatrie	5.11
1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatrica)	4.36
1272	Pediatrie (recuperare pediatrica)	16.97
1282	Pediatrie cronici	12.85
1291	Pneumologie	8.70
1292	Pneumologie copii	6.88
1301	Pneumoftiziologie	31.59
1302	Pneumoftiziologie pediatrica	23.36
1311	Psihiatrie acuti	11.54
1312	Psihiatrie pediatrica	6.70
1321	Psihiatrie (Nevroze)	11.62
1333	Psihiatrie cronici	94.61
1333.1	Psihiatrie cronici (lunga durata)	204.05
1333.2	Psihiatrie cronici	51.50
1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	13.74
1353	Toxicomanie	10.84
1363	Radioterapie	8.78
1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie	11.47
1372	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	20.94
1383	Recuperare medicala - cardiovasculara	12.00
1393	Recuperare medicala neurologie	13.91
1393_REC	Recuperare medicala	13.53
1403	Recuperare medicala - ortopedie si traumatologie	11.37
1413	Recuperare medicala - respiratorie	11.36
1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	16.22
1433	Reumatologie	7.00

1453	Terapie intensiva coronarieni - UTIC	6.19
1463	Toxicologie	3.56
1473	Sectii sanatoriale altele decat balneare	23.94
1473_B	Sectii sanatoriale balneare	21.00
1473_P	Preventorii	57.00
2013	Arsi	11.56
2033	Chirurgie cardiovasculara	9.90
2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	11.08
2051	Chirurgie generala	6.76
2063	Chirurgie laparoscopica	5.59
2073	Chirurgie artoscopica	5.00
2083	Chirurgie oncologica	7.45
2092	Chirurgie si ortopedie pediatrica	4.39
2102	Chirurgie pediatrica	4.42
2113	Chirurgie plastica si reparatorie	5.74
2123	Chirurgie toracica	8.64
2133	Chirurgie vasculara	7.25
2141	Ginecologie	3.94
2151	Gineco-oncologie	5.46
2173	Neurochirurgie	6.84
2181	Obstetrica	4.40
2191	Obstetrica-ginecologie	4.49
2201	Oftalmologie	3.33
2202	Oftalmologie copii	4.63
2211	Ortopedie si traumatologie	6.98
2212	Ortopedie pediatrica	5.08
2221	Otorinolaringologie (ORL)	5.29
2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	2.95
2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	4.07
2263	TBC osteo-articular	15.68
2301	Urologie	5.95

2302	Urologie pediatrica	5.96
6013	Chirurgie maxilo-faciala	4.32

Durata de spitalizare pe sectii se calculeaza ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecarui caz externat de pe sectia respectiva si validat, numar intreg cu doua zecimale.

Durata individuala a cazului se calculeaza ca diferenta matematica intre data externarii si data internarii.

Durata de spitalizare efectiv realizata pe sectii/compartimente se calculeaza ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecarui caz externat si validat de pe sectia respectiva, in perioada pentru care face decontarea si este numar cu 2 zecimale.

NOTA: **1.** Pentru sectia clinica recuperare neuromusculara - recuperare medicala neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenta "Bagdasar Arseni", pentru sectia recuperare neurologie adulti "Intorsura Buzaului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculara "Dr. Benedek Geza", judetul Covasna, durata optima de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru sectiile recuperare neuromotorie "Gura Ocnitei" din structura Spitalului Judetean de Urgenta Targoviste, judetul Dambovita, si Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", judetul Arad, durata optima de spitalizare este de 17 zile.

2. Pentru sectiile recuperare cardiovasculara adulti din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculara "Dr. Benedek Geza", judetul Covasna, durata optima de spitalizare este de 16 zile. Pentru sectia de recuperare, medicina fizica si balneologie copii - Baile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicala Baile Felix, inclusiv pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul acesteia, durata optima de spitalizare este de 21 de zile.

3. Pentru sectiile de geriatrie si gerontologie din structura Institutului National de Gerontologie si Geriatrie "Ana Aslan" durata optima de spitalizare este de 14 zile.

ANEXA Nr. 26
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicesti

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .,

Si

Unitatea sanitara cu paturi . . . . . ., cu sediul in . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., telefon: fix/mobil . . . . . ., fax . . . . . e-mail . . . . . ., reprezentata prin . . . . . .,

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala spitaliceasca in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Servicii medicale spitalicesti

Art. 2. – (1) Serviciile medicale spitalicesti se acorda asiguratilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitatile de asistenta medico-sociala, medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casa de asigurari de sanatate, dupa caz, de medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale in vigoare, in vederea recunoasterii biletelor de internare eliberate de catre medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

Beneficiaza de internare fara bilet de internare situatiile prevazute in anexa 1 la Capitolul I, litera C pct. 1 si la capitolul II litera F pct. 12 din HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare:

(2) Serviciile medicale spitalicesti sunt preventive, curative, de recuperare si paliative si cuprind:

a) consultatii;

b) investigatii;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale si/sau chirurgicale;

e) ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale,

f) cazare si masa, dupa caz.

IV. Durata contractului

Art. 3. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 4. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

Art. 5. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate.

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale si ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze

de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

i) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

j) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta acesta;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicesti; in cazul serviciilor medicale spitalicesti acordate in baza biletelor de internare, acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa monitorizeze activitatea desfasurata de spitale in baza contractului incheiat, astfel incat decontarea cazurilor externate si raportate sa se incadreze in sumele contractate, in functie de realizarea indicatorilor negociati conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

m) sa verifice prin actiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate in regim de spitalizare continua, precum si respectarea protocoalelor de practica medicala;

n) sa monitorizeze internarile de urgenta, in functie de tipul de internare, asa cum este definit prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare, cu evidentierea cazurilor care au fost inregistrate la nivelul structurilor de primiri urgente din cadrul spitalului;

o) sa monitorizeze lunar/trimestrial internarile prin spitalizare continua si prin spitalizare de zi in vederea reducerii internarilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . .

. . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

p) sa verifice respectarea de catre furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi.

Art. 6. – Furnizorul de servicii medicale spitalicesti are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

g) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

m) sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala, ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, in limita competentei si a dotarilor existente;

n) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

o) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

p) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

q) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

r) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

u) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetele de servicii medicale;

v) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile medicale spitalicesti de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare; sa incaseze de la asigurati contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora a carei cuantum este prevazut in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

w) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau in ambulatoriu si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

x) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

y) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor.

z) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

aa) sa informeze medicul de familie al asiguratului ori, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicala sau bilet de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigatiile, tratamentele efectuate si cu privire la alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului;

scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se intocmesc la data externarii, intr-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea in ziua externarii a prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz; In acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, se depun la casa de asigurari de sanatate pe fiecare sectie numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului.

ac) sa transmita institutiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementarilor in vigoare;

ad) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

ae) sa raporteze lunar casei de asigurari de sanatate numarul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgente, cu evidentierea numarului cazurilor internate, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

af) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente conform prevederilor legale in vigoare si sa publice pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum suportata din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate si al Ministerului Sanatatii; spitalul care nu are pagina web proprie informeaza despre acest lucru casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, care va posta pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum;

ag) sa monitorizeze gradul de satisfactie al asiguratilor prin realizarea de sondaje de opinie in ceea ce priveste calitatea serviciilor medicale furnizate asiguratilor conform unui chestionar standard, prevazut in anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ah) sa respecte pe perioada derularii contractului protocoalele de practica medicala elaborate si aprobate conform prevederilor legale;

ai) sa afiseze lunar pe pagina web creata in acest scop de Ministerul Sanatatii, pana la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioara, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al ministrului finantelor publice, situatia privind executia bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului public si situatia arieratelor inregistrate;

aj) sa deconteze, la termenele prevazute in contractele incheiate cu tertii, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

ak) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati, care nu se afla in stare critica, cu autospecialele pentru transportul pacientilor din parcul auto propriu; daca unitatea spitaliceasca nu are in dotare astfel de autospeciale sau daca este depasita capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienti pe baza unui contract incheiat cu unitati specializate, autorizate si evaluate; pentru spitalele publice, incheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizitiile publice;

al) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati care reprezinta urgente sau se afla in stare critica numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenta prespitaliceasca.

am) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

an) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

ao) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ap) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi in vederea internarii sau in ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate;

aq) sa respecte metodologia aprobata prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi.

ar) sa elibereze pentru asiguratii internati cu boli cronice confirmate care sunt in tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decat medicamentele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente si materialele

sanitare din programele nationale de sanatate si cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, documentul al carui model este prevazut in anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare; documentul sta la baza eliberarii prescriptiei medicale in regim ambulatoriu de catre medicul de familie si medicul de specialitate din ambulatoriu in perioada in care asiguratul este internat in spital.

VI. Modalitati de plata

Art. 7. – (1) Valoarea totala contractata se constituie din urmatoarele sume, dupa caz:

a) Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat – DRG pentru afectiunile acute, calculata conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare: . . . . . lei

b) Suma pentru spitalele de cronici, precum si pentru sectiile si compartimentele de cronici – prevazute ca structuri distincte in structura organizatorica a spitalului aprobata/avizata de Ministerul Sanatatii, dupa caz – din alte spitale, care se stabileste astfel:

Sectia/ Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durata de spitalizare*) sau, dupa caz, durata de spitalizare efectiv realizata	Tarif pe zi de spitalizare/ sectie/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentata in anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Tariful pe zi de spitalizare pe sectie/compartiment se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, pe baza tarifului propus de spital pentru sectiile si compartimentele din structura proprie, avand in vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, in functie de particularitatile aferente, si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor

metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Pentru sectiile/spitalele cu internari obligatorii pentru bolnavii aflati sub incidenta art. 109, art. 110, art. 124 si art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), precum si pentru sectiile/compartimentele de neonatologie – prematuri din maternitatile de gradul II si III, psihiatrie cronici si pneumoftiziologie adulti si copii se ia in considerare durata de spitalizare efectiv realizata in anul 2014.

c) Suma aferenta serviciilor medicale paliative in regim de spitalizare continua este de . . . . . si se stabileste astfel:

Numarul de paturi contractabile pentru anul 2015 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national pentru sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in anexa nr. 23 C la la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicesti acordate pentru afectiuni acute in spitale, altele decat cele prevazute in anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare precum si pentru servicii medicale spitalicesti acordate in sectiile si compartimentele de acuti – prevazute ca structuri distincte in structura organizatorica a spitalului aprobata/avizata prin ordin al ministrului sanatatii de Ministerul Sanatatii, dupa caz – din spitalele de cronici, calculata conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare: . . . . . lei

e) Suma aferenta serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate in regim de spitalizare de zi, care se stabileste astfel:

Numarul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzatoare serviciilor medicale cazurilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat se negociaza si nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casa de asigurari de

sanatate prevazut in anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Spitalele vor prezenta, in vederea contractarii, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare sectie si pe tip de bolnavi: urgenta, acut, cronic. In vederea contractarii serviciilor spitalicesti efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezinta distinct numarul cazurilor estimate a se efectua in camera de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerul Sanatatii, pentru cazurile neinternate, precum si numarul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi in cadrul centrelor multifunctionale fara personalitate juridica din structura proprie.

(3) Suma stabilita pentru serviciile spitalicesti pe anul 2015 este de . . . . . lei.

(4) Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti contractate stabilita pentru anul 2015 se defalcheaza lunar si trimestrial, distinct pentru spitalizare continua acuti, spitalizare de zi, spitalizare continua cronici, servicii paliative, dupa cum urmeaza:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei,
  din care:
- luna I . . . . . lei
- luna II . . . . . lei
- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei,
  din care:
- luna IV . . . . . lei
- luna V . . . . . lei
- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei,
  din care:
- luna VII . . . . . lei
- luna VIII . . . . . lei
- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei,
  din care:
- luna X . . . . . lei
- luna XI . . . . . lei
- luna XII . . . . . lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicesti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Suma corespunzatoare procentului de 1% necontractata initial de catre casele de asigurari de sanatate, se repartizeaza trimestrial spitalelor care indeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G.

nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in conditiile prevazute la acelasi articol.

(6) Lunar, pana la data de . . . . . a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . ., cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . .

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse/transmise in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(7) Trimestrial, pana la data de . . . . . a lunii urmatoare incheierii trimestrului, se fac regularizarile si decontarile, in limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate si raportate conform prezentului contract de la data de 1 aprilie 2015 pana la data de 30 noiembrie, conform facturilor insotite de documentele justificative, urmand ca regularizarea finala a trimestrului IV sa se efectueze in luna ianuarie a anului urmator.

(8) Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii – boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la capitolul II litera F punctul 3 din anexa nr. 1 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 25% din cazurile externate din unitatile sanitare cu personalitate juridica de medicina muncii – boli profesionale si din sectiile de boli profesionale aflate in structura spitalelor.

(9) Contractarea si decontarea serviciilor medicale spitalicesti se face in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

Art. 8. – (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute la art. 6 alin. (1) lit. a) – ae), ag) – al), ap) – ar) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

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

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) Nerespectarea obligatiei de catre unitatile sanitare cu paturi prevazuta la art. 6 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sanctiuni, dupa cum urmeaza:

a) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarei luni, prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferenta lunii respective suplimentar fata de procentul prevazut la lit. a).

c) pentru raportarea incorecta /incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentelui/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 6 lit. ao), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

b) la a doua constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, se diminueaza cu 20% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(4) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (3), nerespectarea obligatiei de la art. 6 lit. ao) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(5) Retinerea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (3) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, respectiv autoritatile publice locale, in functie de subordonare, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1) si (2).

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) - (3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceea si destinatie.

Art. 9. - Plata serviciilor medicale spitalicesti se face in contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria Statului sau in contul nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . .

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 10. - Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 11. - Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

Art. 12. - Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de

corectitudinea datelor raportate. In caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauze speciale

Art. 13. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 14. – Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

Art. 15. – In cazul reorganizarii unitatii sanitare cu paturi, prin desfiintarea acesteia si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, prezentul contract aflat in derulare, se preia de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri.

X. Incetarea si suspendarea contractului

Art. 16. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate la nivelul sectiei/sectiilor a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

(2) In situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) – d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

Art. 17. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se modifica, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de sanatate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Art. 18. – Situatiile prevazute la art. 16 alin. (1) si la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 si a3 se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 19. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul unitatii sanitare cu paturi declarat in contract.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce

figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarile survenite.

XII. Modificarea contractului

Art. 20. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

Art. 21. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractata poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate cu destinatia de servicii medicale spitalicesti, inclusiv medicamente in spital, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale, precum si prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 22. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca inceteaza termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, ..., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Presedinte – Director general,	Manager,
. . . . .	. . . . .

Director executiv al Directiei economice, ...	Director medical, ...
Director executiv al Directiei Relatii Contractuale	Director financiar-contabil, ...
Vizat Juridic, Contencios	Director de ingrijiri, ...
	Director de cercetare-dezvoltare,

Pentru serviciile medicale spitalicesti ce se pot acorda in regim de spitalizare de zi in unitatile sanitare care nu incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in spitalizare continua, autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, se incheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi. Contractul se adapteaza dupa modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti.

ANEXA Nr. 27

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI MINIMAL SI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanenta sau prin sistemul de consultatii de urgenta la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenta sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului in conditiile prevazute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultatii de urgenta la domiciliu si, dupa caz, transportul pacientului care nu se afla in stare critica

si nu necesita monitorizare si ingrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitara, daca se impune asistenta medicala de specialitate ce nu poate fi acordata la domiciliu.

2.3. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major si stari post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputatii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stari casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status post revascularizare miocardica prin by-pass aorto-coronarian si revascularizare periferica prin by-pass aortofemural, pacienti cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienti oxigenodependenti, malformatii arterio venoase - rupte neoperate, malformatii vasculare cerebrale - anevrisme, malformatii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata, si care necesita transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport conventionale, pot fi transportati inclusiv in alt judet.

2.4. Transportul de la si la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei.

2.5. Transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, de la centrul de dializa pana la domiciliul acestora si retur, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alt judet decat cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU CONSULTATII DE URGENTA LA DOMICILIU SI ACTIVITATI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanenta sau prin sistemul de consultatii de urgenta la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenta sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului in conditiile prevazute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultatii de urgenta la domiciliu si, dupa caz, transportul pacientului care nu se afla in stare critica si nu necesita monitorizare si ingrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitara, daca se impune asistenta medicala de specialitate ce nu poate fi acordata la domiciliu.

2.3. Transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani si a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate in centrele de dializa de adulti, de la centrul de dializa pana la domiciliul acestora si retur, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alt judet decat cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani si a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi

preluate in centrele de dializa de adulti se efectueaza in baza contractelor incheiate intre casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi au domiciliul persoanele dializate si unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate din judetul de domiciliu;

2.4. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major si stari post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputatii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stari casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronica obliteranta stadiul III si IV, insuficienta cardiaca clasa NYHA III si IV, status post revascularizare miocardica prin by-pass aorto-coronarian si revascularizare periferica prin by-pass aortofemural, pacienti cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienti oxigenodependenti, malformatii vasculare cerebrale - anevrisme, malformatii arterio venoase - rupte neoperate, malformatii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natura neprecizata, si care necesita transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport conventionale, pot fi transportati inclusiv in alt judet.

2.5. Transportul de la si la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei.

2.6. Transportul asiguratilor nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficienta motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare in unitatile sanitare de reabilitare medicala si recuperare.

2.7. Transportul dus-intors la cabinetul de specialitate din specialitatile clinice si de la cabinet la domiciliu, pentru asiguratii imobilizati la pat, pentru consultatie in vederea evaluarii, monitorizarii si prescrierii tratamentului in cazul afectiunilor cronice pentru care medicatia poate fi prescrisa numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURARI SOCIALE DE SANATATE, IN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului beneficiaza de serviciile medicale prevazute la lit. B pct. 1 si pct. 2, subpunctele 2.1 si 2.2 din prezenta anexa.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, beneficiaza de serviciile medicale prevazute la lit. B din prezenta anexa.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in

domeniul sanatatii, pot beneficia dupa caz, de serviciile medicale prevazute la lit. B punctul 1 si punctul 2 subpunctele 2.1 si 2.2 sau lit. B din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

D. TARIFUL MAXIMAL DECONTAT UNITATILOR SPECIALIZATE PRIVATE DE CASELE DE ASIGURARI DE SANATATE

(1) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurari de sanatate pentru consultatii de urgenta la domiciliu este de 197 lei.

(2) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurari de sanatate/km efectiv parcurs in mediul rural/urban este:

- pentru autoturisme de transport si interventie in scop medical pentru consultatii de urgenta la domiciliu de 1,42 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu ambulante tip A1 si A2 de 2,18 lei
- pentru transportul sanitar neasistat cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurari de sanatate/mila marina este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) si (3) se majoreaza in perioada de iarna cu 20%.

ANEXA Nr. 28

MODALITATEA DE PLATA
a consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat

Art. 1. – (1) Consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat prevazute in pachetul de servicii de baza si in pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse in anexa nr. 27 la ordin, se asigura pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

(2) Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultatia de urgenta la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural si tarifului pe mila marina parcursa pentru unitatile specializate private, sunt prevazute in anexa nr. 28 A la ordin.

Art. 2. – Suma contractata de casele de asigurari de sanatate cu unitatile specializate autorizate si evaluate private pentru efectuarea activitatii de consultatii de urgenta la domiciliu si a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea in vedere 95% din fondurile alocate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate si se stabileste astfel:

1. pentru solicitari pentru consultatii de urgenta la domiciliu, suma contractata este egala cu numarul de solicitari estimate inmultit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultatiile de urgenta la domiciliu se negociaza intre casele de asigurari de sanatate si furnizori, avandu-se in vedere toate cheltuielile necesare acordarii serviciilor medicale, cu exceptia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducatorul mijlocului de transport,

combustibil, cheltuieli pentru intretinerea si repararea mijlocului de transport) si a cheltuielilor de personal aferente medicului, in situatia in care consultatia de urgenta la domiciliu se acorda de catre medicul din centrul de permanenta si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut la art. 8 alin. (1). Tariful minim negociat de catre fiecare casa de asigurari de sanatate devine tariful la care se contracteaza consultatiile de urgenta la domiciliu cu unitatile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultatii de urgenta la domiciliu se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractata este egala cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, estimati a fi parcursi, inmultit cu tariful pe kilometru parcurs negociat intre furnizori si casele de asigurari de sanatate. La estimarea numarului de kilometri parcursi se iau in calcul si kilometrii estimati a fi parcursi aferenti consultatiilor de urgenta la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casele de asigurari de sanatate prevazut la art. 8 alin. (2), astfel incat la unitatile la care se inregistreaza timpi de asteptare mai ridicati, respectiv distante parcurse mai mici, sa se acorde tarife pe kilometru spre limita maxima, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de asteptare. Tariful minim negociat de catre fiecare casa de asigurari de sanatate devine tariful la care se contracteaza serviciile de transport cu unitatile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens.

3. pentru serviciile de transport pe apa, suma contractata se calculeaza pe baza numarului de mile marine estimat, inmultit cu tariful negociat pe mila marina si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut la art. 8 alin. (3). La estimarea numarului de mile marine se iau in calcul si milele marine estimate a fi parcurse aferente consultatiilor de urgenta la domiciliu.

Tariful pe mila marina minim negociat de catre fiecare casa de asigurari de sanatate devine tariful la care se contracteaza serviciile de transport cu unitatile specializate private.

Tariful pe mila marina se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens.

Diferenta de 5% se utilizeaza pentru contractarea serviciilor medicale realizate in conditiile prevazute la art. 5 alin. (2) si/sau pentru contractarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat conform conditiilor initiale de contractare.

Art. 3. – Pentru zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale medicul care acorda consultatii de urgenta la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces in conditiile prevazute de lege, cu exceptia situatiilor de suspiciune ce necesita expertiza medico- legala.

Art. 4. – Suma contractata anual de catre unitatile specializate autorizate si evaluate private cu casele de asigurari de sanatate se

defalcheaza pe trimestre si pe luni. Defalcarea pe luni are in vedere si propunerile furnizorilor in raport de conditiile specifice, cu incadrarea in sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

Art. 5. – (1) Decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, in raport cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, si tariful minim negociat, precum si cu numarul de solicitari pentru consultatii de urgenta la domiciliu realizate si tariful minim negociat pe solicitare, cu incadrarea in suma totala contractata aferenta lunii respective.

(2) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv, in raport cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse si tariful minim negociat, precum si cu numarul de solicitari pentru consultatii de urgenta la domiciliu realizate si tariful minim negociat pe solicitare, cu incadrarea in suma totala contractata aferenta perioadei pentru care se face regularizarea.

In situatia in care, la regularizarea trimestriala, contravaloarea numarului total al kilometrilor efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv a numarului total al milelor marine parcurse, precum si a numarului consultatiilor de urgenta la domiciliu realizate, de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat suma totala contractata aferenta perioadei pentru care se face regularizarea, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora numai daca depasirea este justificata, cu incadrarea in suma aprobata cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv numarul total al milelor marine parcurse de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul contractat si numarul solicitarilor pentru consultatii de urgenta la domiciliu rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza unitatilor specializate autorizate si evaluate private solicitarile pentru consultatii de urgenta la domiciliu prevazute la lit. A pct. 1 si la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin si numarul de kilometri efectuati pentru tipul de transport prevazut la litera A, pct. 2 si la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la ordin, daca acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat si au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Art. 6. – (1) Lunar, casele de asigurari de sanatate aloca pana la data de 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzatoare consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuti in vedere la contractare, in limita sumelor contractate, in baza facturii si a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a

anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse/transmise in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand serviciile realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

Art. 7. – Mijloacele specifice de interventie destinate consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat sunt:

a) ambulante tip A1, A2 – ambulante destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienti (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport si interventie in scop medical, pentru medicii care acorda consultatii de urgenta la domiciliu;

d) mijloace de interventie/transport pe apa – ambarcatiuni pentru interventii primare sau secundare/transporturi sanitare.

Art. 8. – (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurari de sanatate pentru consultatii de urgenta la domiciliu este de 197 lei pentru unitati specializate private.

(2) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurari de sanatate/km efectiv parcurs, in mediul rural/urban pentru autoturisme de transport si interventie in scop medical pentru consultatii de urgenta la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulante tip A1 si A2 tariful pe km este de 2,18 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei.

(3) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurari de sanatate/mila marina este de 92 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) si (3) se majoreaza in perioada de iarna cu 20%.

Art. 9. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din cadrul unitatilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de specialitate din cadrul unitatilor specializate private masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 28A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru consultatia de urgenta la domiciliu, tarifului pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural si tarifului pe mila marina parcursa, pentru unitatile specializate private

1. Statul de personal.

2. Fisa de fundamentare a tarifului pentru anul 2015 pe elemente de cheltuieli

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificatie bugetara	Valoare
CHELTUIEL CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIEL DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale in bani	10.01	
Salarii de baza	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizatii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanta	10.01.09	
Indemnizatii platite unor persoane din afara unitatii	10.01.12	
Indemnizatii de delegare	10.01.13	
Indemnizatii de detasare	10.01.14	
Alocatii pentru locuinte	10.01.16	
Alte drepturi salariale in bani	10.01.30	
Contributii	10.03	
Contributii de asigurari sociale de stat	10.03.01	
Contributii de asigurari de somaj	10.03.02	
Contributii de asigurari sociale de sanatate	10.03.03	
Contributii de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale	10.03.04	
Contributii pentru concedii si indemnizatii	10.03.06	
Contributii la fondul de garantare a creantelor salariale	10.03.07	
TITLUL BUNUR S SERVICI - TOTAL	20	
Bunuri si servicii	20.01	

Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curatenie	20.01.02	
Incalzit, iluminat si forta motrica	20.01.03	
Apa, canal si salubritate	20.01.04	
Carburanti si lubrifianti	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Posta, telecomunicatii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale si prestari servicii pentru intretinere cu caracter functional	20.01.09	
Alte bunuri si servicii pentru intretinere si functionare	20.01.30	
Reparatii curente	20.02	
Medicamente si materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrana pentru oameni	20.03.01	
Hrana pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanti	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasari, detasari, transferuri	20.06	
Deplasari interne, detasari, transferuri	20.06.01	
Deplasari in strainatate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Carti, publicatii si materiale documentare	20.11	
Consultanta si expertiza	20.12	
Pregatire profesionala	20.13	
Protectia muncii	20.14	

Comisioane si alte costuri aferente imprumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare si extrajudiciare derivate din actiuni in reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozitiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol si reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri si servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE ADMINISTRATIE PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Actiuni de sanatate	51.01.03	
Programe pentru sanatate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat catre bugetele locale pentru finantarea unitatilor de asistenta medico-sociale	51.01.38	
Aparatura si echipamente de comunicatii in urgenta	51.01.08	
Transferuri pentru reparatii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finantarea investitiilor spitalelor	51.02.12	

NOTA: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activitatii proprii.

ANEXA Nr. 29
- model -

CONTRACT
de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

I. Partile contractante
Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . fax . . . . . reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .,
si

Unitatea specializata privata . . . . . reprezentata prin: . . . . . ., cu sediul in . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., e-mail: . . . . . fax . . . . . .,

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului- cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat furnizate

Art. 2. – Furnizorul de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat presteaza asiguratilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii de baza si in pachetul minimal de servicii prevazute in anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

IV. Durata contractului

Art. 3. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 4. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

Art. 5. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu unitati specializate private, autorizate si evaluate si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze unitatilor medicale specializate, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de lista certificata de serviciul public de ambulanta cuprinzand solicitarile care au fost asigurate in luna anterioara si de documentele justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate contravaloarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate si validate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si decontate de casa de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

d) sa informeze, in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa deconteze furnizorului consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere.

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Art. 6. – Furnizorul de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat are urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale si ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de

transport sanitar neasistat; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate, in mod distinct, conform H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

g) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

h) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

i) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat ori de cate ori se solicita, prin dispeceratul unic 112, in limita mijloacelor disponibile;

j) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

l) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

m) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

n) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatiei Elvetia, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

o) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

p) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat prevazute in pachetele de servicii medicale;

q) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor.

r) sa asigure consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, utilizand mijlocul de interventie si transport si echipamentul corespunzator situatiei respective, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa elibereze certificate constatatoare de deces, dupa caz, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

s) sa introduca monitorizarea apelurilor, in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

t) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

t) sa asigure la solicitarea serviciilor publice de ambulanta, consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurari de sanatate, in conformitate cu protocolul de colaborare incheiat intre serviciul public de ambulanta si serviciile de ambulanta private, conform prevederilor legale in vigoare.

VI. Modalitati de plata

Art. 7. – (1) Suma contractata de casele de asigurari de sanatate cu unitatile specializate autorizate si evaluate private pentru efectuarea activitatii de consultatii de urgenta la domiciliu si a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea in vedere 95% din fondurile alocate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate si se stabileste astfel:

a) pentru consultatii de urgenta la domiciliu, suma contractata este egala cu numarul de solicitari estimate inmultit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultatiile de urgenta la domiciliu se negociaza intre casele de asigurari de sanatate si furnizori, avandu-se in vedere toate cheltuielile necesare acordarii serviciilor medicale, cu exceptia celor aferente mijlocului de transport – cheltuieli de personal pentru conducatorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru intretinerea si repararea mijlocului de transport – si a cheltuielilor de personal aferente medicului, in situatia in care consultatia de urgenta la domiciliu se acorda de catre medicul din centrul de permanenta si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut la art. 8 (1) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contracteaza consultatiile de urgenta la domiciliu cu unitatile specializate private.

Tariful pe solicitare pentru consultatii de urgenta la domiciliu se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractata este egala cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, estimati a fi parcursi, inmultit cu tariful pe kilometru parcurs negociat intre furnizori si casele de asigurari de sanatate. La estimarea numarului de kilometri parcursi se iau in calcul si kilometrii estimati a fi parcursi aferenti consultatiilor de urgenta la domiciliu. Tariful pe kilometru parcurs negociat nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casele de asigurari de sanatate prevazut la art. 8 alin. (2) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, astfel incat la unitatile la care se inregistreaza timpi de asteptare mai ridicati, respectiv distante parcurse mai mici, sa se acorde tarife pe kilometru spre limita maxima, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de asteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contracteaza serviciile de transport cu unitatile specializate private. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens;

c) pentru serviciile de transport pe apa, suma contractata se calculeaza pe baza numarului de mile marine estimat, inmultit cu tariful negociat pe mila marina si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut la art. 8 alin. (3) din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. La estimarea numarului de mile marine se iau in calcul si milele marine estimate a fi parcurse aferente consultatiilor de urgenta la domiciliu.

Tariful pe mila marina minim negociat devine tariful la care se contracteaza serviciile de transport cu unitatile specializate private. Tariful pe mila marina se poate renegocia trimestrial in raport cu evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie, in aceleasi conditii ca mai sus, prin incheierea unui act aditional in acest sens.

Diferenta de 5% se utilizeaza pentru contractarea serviciilor medicale realizate in conditiile prevazute la alin. (2) lit. b) si/sau pentru contractarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat conform conditiilor initiale de contractare.

(2) Decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport neasistat efectuate de unitatile specializate autorizate si evaluate private:

a) Decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, in raport cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, si tariful minim negociat, precum si cu numarul de solicitari pentru consultatii de urgenta la domiciliu realizate si tariful minim negociat pe

solicitare, cu incadrarea in suma totala contractata aferenta lunii respective;

b) Trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv, in raport cu numarul de kilometri efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, si tariful minim negociat, precum si cu numarul de solicitari pentru consultatii de urgenta la domiciliu realizate si tariful minim negociat pe solicitare, cu incadrarea in suma totala contractata aferenta perioadei pentru care se face regularizarea.

In situatia in care, la regularizarea trimestriala, contravaloarea numarului total al kilometrilor efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv a numarului total al milelor marine parcurse, precum si a numarului consultatiilor de urgenta la domiciliu realizate, de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat suma totala contractata aferenta perioadei pentru care se face regularizarea, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora numai daca depasirea este justificata, cu incadrarea in suma aprobata cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor efectiv parcursi pentru mediul urban/rural, respectiv numarul total al milelor marine parcurse de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul contractat si numarul solicitarilor pentru consultatii de urgenta la domiciliu rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora.

c) Casele de asigurari de sanatate deconteaza unitatilor specializate autorizate si evaluate private solicitarile pentru consultatii de urgenta la domiciliu prevazute la lit. A pct. 1 si la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin si numarul de kilometri efectuati pentru tipul de transport prevazut la litera A, pct. 2 si la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, daca acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat si au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Art. 8. – (1) Suma contractata aferenta consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2015 este de . . . . . lei.

(2) Suma contractata aferenta consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

Art. 9. – (1) Lunar, la data de . . . . . a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuti in vedere la contractare in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . a lunii urmatoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse/transmise in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand serviciile realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(3) Trimestrial, pana la data de . . . . . a lunii urmatoare incheierii trimestrului se fac regularizarile si decontarile, tinandu-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati.

(4) Plata consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat se face in contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria Statului, sau in contul nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . ., la data de . . . . . .

Art. 10. – (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor medicale specializate private prevazute la art. 6 atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

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

c) la a treia constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) la prima constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se retine o suma calculata prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunara.

(3) Retinerea sumelor potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. – Consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate, elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 12. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

Art. 13. – Reprezentantul legal al furnizorului de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

Art. 14. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica

executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 15. – Efectuarea de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X. Incetarea, suspendarea si rezilierea contractului

Art. 16. – (1) Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

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

a) incetarea termenului de valabilitate a autorizatiei de functionare sau suspendarea acesteia, respectiv incetarea dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea autorizatiei de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa

furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

Art. 17. – (1) Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat se reziliaza printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca, din motive imputabile furnizorului, acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 10 alin. (1).

i) daca furnizorul nu indeplineste conditia prevazuta la art. 105 alin. (1) lit. d) din anexa 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a

persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) si (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

Art. 18. – Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) si la art. 16 alin. (1) lit. a) subpunctele a2) si a3) se constata de catre casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatiile prevazute la art. 16 alin. (1) lit. a) – subpct. a1) si lit. c) se notifica casei de asigurari de sanatate, cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 19. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul unitatii specializate private declarat in contract.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 20. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional, semnat de ambele parti, si este anexa a acestui contract.

Art. 21. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate, avandu-se in vedere criteriile de contractare a sumelor initiale.

Art. 22. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca inceteaza termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu

conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitatilor de transport sanitar neasistat in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR
Presedinte – director general, ...	Reprezentant legal, ...
Director executiv al Directiei economice, ...	
Director executiv al Directiei relatii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA Nr. 30

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU SI INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU SI INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de ingrijire medicala la domiciliu/ingrijire paliativa la domiciliu
1.	Masurarea parametrilor fiziologici: temperatura, respiratie, puls, TA, diureza si scaun*****)
	*****) Recomandarea serviciului se face de catre medici pentru toti parametrii prevazuti, respectiv: temperatura, respiratie, puls, TA, diureza si scaun
2.	Administrarea medicamentelor:

	2.1 intramuscular*)
	2.2 subcutanat*)
	2.3. intradermic*)
	2.4 oral
	2.5 pe mucoase
	*) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) ****)
	*) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana.
	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu
4.	Sondaj vezical, ingrijirea sondei urinare si administrarea medicamentelor intravezical pe sonda vezicala***)
	***) la barbati se efectueaza de catre medicul care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri medicale paliative
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasa sub supravegherea medicului*) ****)
	*) In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana.
	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu
6.	Alimentatia enterala pe gastrostoma/sonda gastrica si educarea asiguratului/apartinatorilor
7.	Alimentarea pasiva, pentru bolnavii cu tulburari de deglutitie, inclusiv instruirea asiguratului/apartinatorului
8.	Clisma cu scop evacuator
9.	Spalatura vaginala in cazuri de deficit motor
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicatii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc si a rulourilor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor pulmonare: posturi de drenaj bronsic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Ingrijirea plagilor simple si/sau suprainfectate/suprimarea firelor

13.	Ingrijirea escarelor multiple
14.	Ingrijirea stomelor
15.	Ingrijirea fistulelor
16.	Ingrijirea tubului de dren si instruirea asiguratului
17.	Ingrijirea canulei traheale si instruirea asiguratului
18.	Monitorizarea dializei peritoneale
19.	Aplicarea de plosca, bazinet, condom urinar, mijloc ajutator pentru absorbtia urinei**)
	**) Este inclus si mijlocul ajutator pentru absorbtia urinei, minim 2 mijloace ajutatoare pentru absorbtia urinei/zi.
20.	Evaluarea asiguratului: stabilirea si aplicarea unui plan de ingrijiri in controlul durerii si altor simptome asociate bolii si reevaluarea periodica
21.	Evaluarea mobilitatii, a capacitatii de auto-ingrijire, a riscului de aparitie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutritionale, implementarea interventiilor stabilite in planul de ingrijiri si reevaluarea periodica - de catre asistentul medical
22.	Masaj limfedem si contentie elastica
23.	Masaj limfedem cu pompa de compresie
24.	Montare TENS
25.	Administrare medicatie prin nebulizare
26.	Aspiratie gastrica
27.	Aspiratie cai respiratorii
28.	Paracenteza
29.	Ventilatie noninvaziva ****)
	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat in Managementul general, clinic si terapeutic al tulburarilor respiratorii Somnologie (nivel I si II) si in Ventilatie non-invaziva (nivel III) sau a medicului cu specialitatea anestezie si terapie intensiva, medicului specialist de medicina de urgenta, care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu
30.	Alimentatie parenterala - alimentatie artificiala pe cateter venos central sau periferic****)
	****) Se efectueaza sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie si terapie intensiva care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la

	domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu. Serviciul nu include medicatia specifica.
31	Kinetoterapie individuala

NOTA 1: Serviciile de la punctele 1 – 31 se acorda de furnizorii de ingrijiri paliative la domiciliu.

NOTA 2: Serviciile de la punctele 1 – 19 si 29 – 31 se acorda de furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu.

NOTA 3: Serviciile de la punctele 20 si 22 – 28 se acorda de catre medicii de specialitate cu atestat ingrijiri paliative.

NOTA 4: Serviciul de la punctul 31 se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicala care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

NOTA 5: Serviciile de ingrijire medicala la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu se acorda in conditiile stabilite prin anexa nr. 31 la ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu prevazut la lit. A din prezenta anexa.

2. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, prevazut la lit. A din prezenta anexa, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 31

CONDITIILE
acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu si modalitatile de plata ale acestora

Art. 1. – (1) Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu se acorda de catre furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate si evaluate in conditiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, altii decat medicii de familie, furnizori care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru servicii de ingrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu se acorda pe baza de recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, tinand seama de starea de sanatate a asiguratului si de statusul de performanta ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face de catre medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie si de catre medicii de specialitate din spitale la externarea asiguratilor, medici aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prezentat in anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu, cu exceptia unitatii sanitare cu paturi care are organizata si aprobata/avizata de Ministerul Sanatatii structura de ingrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continua, nu poate efectua servicii de ingrijiri medicale la domiciliu in baza recomandarilor emise de catre medicii care au calitatea de reprezentanti legali, medici care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, asociati, administratori ai unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, sot/sotie sau rude pana la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu.

Furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu nu poate efectua servicii de ingrijiri medicale la domiciliu in baza recomandarilor emise de catre medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la acelasi furnizor de ingrijiri medicale la domiciliu sau la acelasi furnizor de servicii medicale care are incheiate cu casele de asigurari de sanatate contracte si pentru asistenta medicala primara, specialitati clinice si reabilitare medicala.

Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si nici recomandarile medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia asiguratului si statusul de performanta ECOG al acestuia.

Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomanda ingrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecinta a consultatiei medicale raportate la casa de asigurari de sanatate. In functie de statusul de performanta ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil sa desfasoare activitati casnice, este imobilizat in fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesita sprijin pentru ingrijirea de baza (igiena si/sau alimentatie si/sau mobilizare) – statusul de performanta ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoana pentru ingrijirea de baza (igiena, alimentatie, mobilizare) – statusul de performanta ECOG 4.

(3) Recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu se consemneaza de catre medicul curant al pacientului in biletul de

externare, la externarea acestuia, sau in registrul de consultatii in ambulatoriu, asupra necesitatii efectuarii ingrijirilor medicale.

Art. 2. – (1) Lista serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu este prevazuta in anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de ingrijire la domiciliu se obtine inmultind numarul de zile de ingrijire corespunzator unui episod de ingrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu. Tariful maximal pe o zi de ingrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru ingrijirile acordate asiguratilor cu status de performanta ECOG 4 si tariful maximal pentru o zi de ingrijire acordat asiguratilor cu status de performanta ECOG 3 este de 50 lei. In tariful pe o zi de ingrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de ingrijire la domiciliu. Prin o zi de ingrijire se intelege efectuarea de catre furnizor a minimum 1 vizita la domiciliu conform recomandarii, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplica daca pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevazuta in anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numarul de servicii efectuate pe zi conform recomandarii. In caz contrar, tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu se reduce proportional, in functie de numarul serviciilor recomandate, conform formulei:

Numar servicii recomandate/numar minim de servicii (4) x tariful pe zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG.

Tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevazut in decizia casei de asigurari de sanatate conform anexei 31 A la ordin.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se stabileste de medicul care a facut recomandarea, cu obligativitatea precizarii ritmicitatii/periodicitatii serviciilor, consemnate in formularul "Recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de ingrijiri/in ultimele 11 luni in mai multe etape (episoade de ingrijire). Un episod de ingrijire este de maxim 30 de zile de ingrijiri. Fiecare episod de ingrijire se recomanda utilizand un nou formular de recomandare. In situatia in care, conform recomandarii pentru ingrijiri medicale la domiciliu, ingrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/in ultimele 11 luni se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat ingrijirile.

(4) Numarul maxim de servicii care pot fi raportate de catre furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu are in vedere urmatoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 ora;
- un program de lucru in medie de 8 ore/zi pentru personalul care acorda servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;

(5) In situatia in care furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu intrerupe furnizarea de ingrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din urmatoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreste sa renunte la serviciile de ingrijire medicala la domiciliu din motive personale, furnizorul anunta in scris – cu precizarea motivului, casa de asigurari de sanatate cu care este in relatie contractuala, in termen de 2 zile lucratoare de la data intreruperii ingrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de ingrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de catre casa de asigurari de sanatate a ingrijirilor medicale la domiciliu in limita numarului de zile prevazut la alin. (3).

Art. 3. – Furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu acorda servicii conform unui plan de ingrijiri stabilit in conformitate

cu recomandarile facute de catre medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale.

Art. 4. – (1) Serviciile de ingrijiri paliative la domiciliu se acorda de catre furnizorii de ingrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate si evaluate in conditiile legii pentru acordarea acestor tipuri de ingrijiri, altii decat medicii de familie, care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru acordarea de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de ingrijiri paliative la domiciliu incheie contracte de ingrijiri paliative cu casele de asigurari de sanatate daca fac dovada functionarii cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se intelege: medici cu atestat in ingrijiri paliative si asistenti medicali absolventi ai unui curs de ingrijiri paliative.

Pentru asigurarea calitatii serviciilor de ingrijiri paliative este necesara prezenta unui medic cu atestat in ingrijiri paliative si a unui asistent medical, cu un program de lucru care sa asigure o norma intreaga pe zi atat pentru medic cat si pentru asistentul medical. Pe langa personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate functiona si alt personal: psihologi, kinetoterapeuti, logopezi, ingrijitori.

(3) Serviciile de ingrijiri paliative la domiciliu se acorda pe baza de recomandare pentru ingrijiri paliative la domiciliu, asiguratilor eligibili. Sunt considerati eligibili, pacientii cu afectiuni oncologice si cei cu HIV/SIDA, cu speranta limitata de viata si cu status de performanta ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanta ECOG pentru care se acorda ingrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu se face de catre medicii de specialitate cu specialitati oncologie si boli infectioase, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in anexa nr. 31 D la ordin, ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

Furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu cu exceptia unitatii sanitare cu paturi care are organizata si aprobata/avizata de Ministerul Sanatatii structura de ingrijiri paliative la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continua, nu poate efectua servicii de ingrijiri paliative la domiciliu in baza recomandarilor emise de catre medici care au calitatea de reprezentanti legali, medici care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, asociati, administratori ai unui furnizor de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, sot/sotie sau rude pana la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu.

Furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu nu poate efectua servicii de ingrijiri paliative la domiciliu in baza recomandarilor emise de catre medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la acelasi furnizor de ingrijiri paliative la domiciliu sau la acelasi furnizor de servicii medicale care are incheiate cu casele de

asigurari de sanatate contracte si pentru asistenta medicala primara, specialitati clinice si reabilitare medicala.

Medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu intocmeste dupa prima vizita planul de ingrijire pe care il comunica in maximum 3 zile lucratoare la casa de asigurari de sanatate. In situatia in care planul de ingrijire se modifica in functie de necesitatile pacientului, variatiile planului de ingrijire sunt transmise casei de asigurari de sanatate odata cu raportarea lunara.

Art. 5. – (1) Lista serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu este prevazuta in anexa nr. 30 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de ingrijire paliativa la domiciliu se obtine inmultind numarul de zile de ingrijire corespunzator unui episod de ingrijire cu tariful pe o zi de ingrijire. Tariful maximal pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu este de 65 lei pentru ingrijirile acordate asiguratilor cu status de performanta ECOG 4 si tariful maximal pentru o zi de ingrijire acordata asiguratilor cu status de performanta ECOG 3 este de 60 lei.

In tariful pe o zi de ingrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de ingrijire paliativa la domiciliu. Prin o zi de ingrijire paliativa la domiciliu se intelege efectuarea de catre furnizor a minimum 1 vizita la domiciliu, conform recomandarii pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplica daca pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevazuta in anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numarul de servicii efectuate pe zi. In caz contrar, tariful se reduce proportional, functie de numarul serviciilor recomandate, conform formulei:

Numar servicii recomandate/numar minim de servicii (5) x tariful/zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG

Tariful pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevazut in decizia casei de asigurari de sanatate conform anexei 31 A la ordin si ramane nemodificat in situatia in care numarul serviciilor de ingrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu, in cadrul planului de ingrijire prevazut in anexa 31 B la ordin este mai mare fata de cel prevazut in recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

(3) In situatia in care numarul serviciilor de ingrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu in cadrul planului de ingrijire conform anexei 31 B la ordin si efectuate de furnizor, este mai mic fata de numarul serviciilor recomandate, tariful prevazut in decizie se reduce proportional, in functie de numarul serviciilor cuprinse in cadrul planului de ingrijire, conform formulei:

Numar servicii cuprinse in cadrul planului de ingrijire/numar de servicii conform recomandarii x tariful/zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG si prevazut in decizie.

(4) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu se stabileste de catre medicul care a facut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de ingrijiri paliative o singura data in viata. In situatia in care ingrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat ingrijirile paliative.

Art. 6. – (1) Furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu acorda servicii de ingrijiri paliative conform unui plan de ingrijiri stabilit de catre medicul cu atestat in ingrijiri paliative

si asistentul medical care functioneaza la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale.

Planul de ingrijire se stabileste pe baza evaluarii initiale a pacientului si este revizuit in functie de necesitatile pacientului sau cel putin o data la 30 de zile. Modelul planului de ingrijire este cel prevazut in anexa nr. 31 B la ordin.

Medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu ajusteaza pachetul de servicii in functie de necesitatile pacientului; acestea se vor reflecta in Planul de ingrijire pentru servicii de ingrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numarul maxim de servicii care pot fi raportate de catre furnizorul de servicii de ingrijiri paliative are in vedere urmatoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de ingrijiri pentru un pacient este 1 ora;
- un program de lucru in medie de 8 ore/zi pentru servicii de ingrijiri paliative, stabilit in conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

In situatia in care furnizorul de ingrijiri paliative intrerupe furnizarea de ingrijiri paliative unui asigurat din urmatoarele motive: decesul, internarea, in urma evaluarii asiguratului se decide ca acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreste sa renunte la serviciile de ingrijire paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunta in scris – cu precizarea motivului, casa de asigurari de sanatate cu care este in relatie contractuala, in termen de 2 zile lucratoare de la data intreruperii ingrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de ingrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de catre casa de asigurari de sanatate a ingrijirilor paliative in limita numarului de zile prevazut la art. 5 alin. (4), cu exceptia situatiei in care intreruperea ingrijirilor paliative a survenit ca urmare a internarii asiguratului, situatie in care se suspenda episodul de ingrijiri paliative fara a fi necesara reluarea procedurii de aprobare de catre casa de asigurari de sanatate.

Art. 7. – (1) Recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru ingrijiri paliative la domiciliu se elibereaza in 3 exemplare, din care un exemplar ramane la medic, care se ataseaza la foaia de observatie/fisa medicala, dupa caz. Un exemplar, impreuna cu cererea de acordare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, se depune de catre asigurat, de catre unul dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), de o persoana imputernicita legal in acest sens sau de reprezentantul legal al asiguratului la casa de asigurari de sanatate la care se afla in evidenta asiguratul. Imputernicitul legal nu poate fi asociat/administrator/reprezentant legal/angajat intr-o forma legala al unui furnizor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu. Al treilea exemplar ramane la asigurat, urmand a fi predat furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu care ii va acorda serviciile respective, daca cererea a fost aprobata, impreuna cu decizia de acordare de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandarii pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in vederea depunerii acesteia la casa de asigurari de sanatate este de 5 zile lucratoare de la data emiterii recomandarii.

(2) Pentru obtinerea deciziei de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana

imputernicita legal in acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurari de sanatate in evidentele careia se afla asiguratul, actul de identitate (in copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu si declaratia pe propria raspundere din care sa rezulte ca afectiunea nu a aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv. Pentru copiii in varsta de pana la 14 ani se ataseaza recomandarea medicala cu specificarea domiciliului copilului si certificatul de nastere (in copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

Documentele depuse in copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), a persoanei imputernicite de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului.

(3) Casa de asigurari de sanatate analizeaza cererea si recomandarea primita, in maximum doua zile lucratoare de la data depunerii, si este obligata sa ia o hotarare privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobata in limita sumei prevazute pentru aceasta destinatie. La analiza cererilor si recomandarilor primite, casa de asigurari de sanatate va lua in considerare statusul de performanta ECOG al asiguratului, concordanta dintre diagnostic, status ECOG si periodicitatea/ritmicitatea serviciilor recomandate si numarul de zile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul in anul respectiv, astfel incat sa nu depaseasca numarul de zile prevazut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (4).

Respingerea cererii de catre casa de asigurari de sanatate se face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal. In cazul acceptarii, cererea este supusa aprobarii si, respectiv, emiterii deciziei de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, in limita sumei prevazute cu aceasta destinatie. Decizia se expediaza prin posta sau se preda direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), persoanei imputernicite legal in acest sens sau reprezentantului legal al asiguratului, in maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal in acest sens sau reprezentantul legal al asiguratului, pe baza deciziei de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurari de sanatate, se adreseaza unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate si care este inclus in lista de furnizori, inscrisa pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurari de sanatate elibereaza decizii pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative care nu se suprapun ca perioada de timp in care sunt acordate de catre furnizor/furnizori aceste servicii.

Art. 8. - Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu completeaza pentru fiecare asigurat caruia ii acorda servicii o fisa de ingrijire care contine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de ingrijiri medicale/ingrijiri paliative acordate, data si ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnatura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), a persoanei imputernicite legal de acesta sau a reprezentantului legal al asiguratului, care

confirma efectuarea acestor servicii, semnatura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum si evolutia starii de sanatate.

Art. 9. – (1) In baza fiselor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de ingrijire acordate in decursul unei luni calendaristice, furnizorul intocmeste factura lunara si desfasuratorul lunar al serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala factura lunara insotita de desfasuratorul serviciilor efectuate, in luna urmatoare celei pentru care se face decontarea, insotita de copiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(3) Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu se face lunar in functie de numarul de zile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat si validat, in limita numarului de zile aprobat de casa de asigurari de sanatate pentru fiecare caz aprobat si de tariful pe zi de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

Art. 10. – (1) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu si asigurarea accesului asiguratilor la aceste servicii, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea acordarii serviciilor emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati.

(2) Criteriile de prioritate, precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate, de tipul si stadiul afectiunii pentru care a fost efectuata recomandarea si de nivelul de dependenta al bolnavului, se stabilesc de catre serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul Consiliului de administratie, se aproba prin decizie de catre presedintele-director general si se publica pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordarii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu emisa de casele de asigurari de sanatate este prevazut in anexa nr. 31 A la ordin. Casele de asigurari de sanatate intocmesc un centralizator zilnic al deciziilor emise care va contine in mod obligatoriu semnaturile conducerii, viza juridica si viza de control financiar preventiv, pe fiecare pagina.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordarii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in vederea depunerii acesteia la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucratoare de la data emiterii acesteia de catre casele de asigurari de sanatate.

Art. 11. – In situatia in care un asigurat beneficiaza atat de ingrijiri medicale la domiciliu cat si de ingrijiri paliative la domiciliu, numarul total de zile de ingrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile in ultimele 11 luni.

Art. 12. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial (sau ori de cate ori este nevoie) intalniri cu furnizorii de ingrijiri medicale la

domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea furnizorilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

Art. 13. – Medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, care prescriu substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii, respecta prevederile legale in vigoare privind conditiile de prescriere a medicamentelor.

ANEXA Nr. 31A
– model –

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
Decizia nr. . . . . din data . . . . . .
Presedintele – Director General al Casei de Asigurari de Sanatate . . . . . .

Avand in vedere:

– prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;

– prevederile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare

– prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a Hotararii de Guvern nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare

Vazand cererea nr. . . . . inregistrata la Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . in data de . . . . . . depusa de beneficiar (asigurat), nume si prenume . . . . . sau de imputernicitul acestuia (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresa completa, telefon)*) . . . . . beneficiar domiciliat in . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu eliberata de medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv medicul de familie/medicul de specialitate din spital, dr. . . . . ., din unitatea sanitara . . . . . ., statusul de performanta ECOG al asiguratului . . . . . ., declaratia pe proprie raspundere din care sa rezulte ca afectiunea nu a

aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv;

In temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea presedintelui - director general al Casei de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./data . . . . . .

DECIDE

Art. 1. - Se aproba pentru numitul . . . . . cu diagnosticul de . . . . . ., episodul de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, constand in urmatoarele servicii medicale de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu:

. . . . . .

. . . . . .

pentru . . . . . zile, cu tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu de . . . . . lei, suma . . . . . lei;

pentru . . . . . zile cu tariful pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu de . . . . . lei, suma . . . . . lei.

Art. 2. - Tariful pe o zi de ingrijire prevazut la art. 1 este suportat de catre Casa de Asigurari de Sanatate.

Art. 3. - Prezenta decizie are o valabilitate de 10 zile lucratoare de la data emiterii de catre casa de asigurari de sanatate, in vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

Art. 4. - Prezenta decizie s-a intocmit in doua exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar ramane la casa de asigurari de sanatate.

Presedinte -
Director General,

*) in situatia in care cererea nu este depusa de beneficiar (asigurat) acest camp se completeaza obligatoriu si se inscrie calitatea:

- parinte
- sot/sotie
- fiu/fiica
- reprezentant legal al asiguratului
- imputernicit legal - care nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator si angajat al unui furnizor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

DECIZIE - VERSO -

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLATI IN RELATIE CONTRACTUALA CU CASA DE ASIGURARI DE SANATATE . . . . . .

Furnizori de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu	Adresa completa sediu social/ Telefon/Fax/Pagina web	Adresa completa punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagina web
1		
2		
. . .		

ANEXA Nr. 31B
- model -

PLAN DE INGRIJIRE PENTRU SERVICII DE INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu . . . . . C.U.I. . . . . .
Nr. Contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
Numele si prenumele asiguratului . . . . . .
CNP/cod unic de asigurare al asiguratului . . . . . .
Diagnostic medical . . . . . .
Diagnostic boli asociate . . . . . .

Semnificatia coloanelor din tabelul de mai jos este urmatoarea:
A - Data efectuarii serviciilor
B - Nume prenume evaluator
C - Semnatura evaluator

Evaluare initiala			Problema (actuala/ potentiala)	Servicii ingrijiri paliative stabilite de	Data la care urmeaza a se efectua serviciile	Data efectuarii serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat	Semnatura persoana care a efectuat serviciile	Data reevaluarii
Data	Nume prenume evaluator	Semnatura evaluator							

				evaluator*)			serviciile		
Reevaluare			Problema (actuala/ potentiala)	Servicii ingrijiri paliative stabilite de evaluator*)	Data la care urmeaza a se efectua serviciile	Data efectuarii serviciilor	Nume prenume persoana care a efectuat serviciile	Semnatura persoana care a efectuat serviciile	Data urmatoarei reevaluari
Data	Nume prenume evaluator	Semnatura evaluator							

*) Se vor inscrie servicii de ingrijire paliative conform anexei nr. 30 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

ANEXA Nr. 31C
- model -

RECOMANDARE
pentru ingrijiri medicale la domiciliu
Nr. . . . . ./ . . . . . .***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitara cu paturi (spitalul) . . . . . C.U.I. . . . . .

Nr. contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .

1. Numele si prenumele asiguratului . . . . . .

2. Domiciliul . . . . . .

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare . . . . . .

4. Diagnosticul medical si diagnostic boli asociate:
. . . . . .

(Se va nota si cod diagnostic; pentru inscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificatia internationala a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boala, in caractere numerice.)

5. statusul de performanta ECOG*) . . . . . .

6. Servicii de ingrijiri recomandate:

(cu denumirea din anexa nr. 30 la ordin*1))	periodicitate/ritmicitate*2)

a) . . . . . .
.
b) . . . . . .
.
c) . . . . . .
.
d) . . . . . .
.

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de ingrijiri medicale la domiciliu**)

. . . . . .

8. Codul medicului . . . . . .

Stampila sectiei din care se externeaza asiguratul si semnatura sefului de sectie	Stampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistenta medicala primara
Data	Data . . . . .
. . . . .	Semnatura si parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/medicului de familie
Semnatura si parafa medicului care a avut in ingrijire asiguratul internat	

*) statusul de performanta ECOG:

- statusul de performanta ECOG 3 - pacientul este incapabil sa desfasoare activitati casnice, este imobilizat in fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesita sprijin pentru ingrijirea de baza (igiena si/sau alimentatie si/sau mobilizare);
- statusul de performanta ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoana pentru ingrijirea de baza (igiena, alimentatie, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/in ultimele 11 luni in mai multe etape (episoade de ingrijire). Un episod de ingrijire este de maxim 30 de zile de ingrijiri.

***) Se va completa cu numarul din registrul de consultatii/foaie de observatie

*1) la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare;

*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabileste pentru fiecare tip de serviciu in parte, in concordanta cu diagnosticul, cu patologia pacientului si statusul de performanta ECOG al acestuia.

NOTA: **1.** Termenul de valabilitate al recomandarii pentru ingrijiri medicale la domiciliu in vederea depunerii acesteia la casa de asigurari de sanatate este de 5 zile lucratoare de la data emiterii recomandarii.

2. Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si nici recomandarile medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia asiguratului si statusul de performanta ECOG al acestuia.

ANEXA Nr. 31D
– model –

RECOMANDARE
pentru ingrijiri paliative la domiciliu
Nr. . . . . ./ . . . . . .***)

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitara cu paturi (spitalul) . . . . . C.U.I. . . . . .

Nr. contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .

1. Numele si prenumele asiguratului . . . . . 2. Domiciliul . . . . . .

3. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare . . . . . .

4. Diagnosticul medical si diagnostic boli asociate:
. . . . . .

(Se va nota si cod diagnostic; pentru inscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificatia internationala a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS – Lista cu 999 coduri de boala, in caractere numerice.)

5. statusul de performanta ECOG*) . . . . . .

6. Servicii de ingrijiri recomandate: (din anexa nr. 30 la ordin*1))

a) . . . . . .

b) . . . . . .

c) . . . . . .

d) . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de ingrijiri paliative la domiciliu**)
. . . . . .

8. Codul medicului . . . . . .

Stampila sectiei din care se externeaza asiguratul si semnatura sefului de sectie Data . . . . Semnatura si parafa medicului care a avut in ingrijire asiguratul internat	Stampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate Data . . . . Semnatura si parafa medicului din ambulatoriul de specialitate

*) statusul de performanta ECOG:

– statusul de performanta ECOG 3 – pacientul este incapabil sa desfasoare activitati casnice, este imobilizat in fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesita sprijin pentru ingrijirea de baza (igiena si/sau alimentatie si/sau mobilizare)

– statusul de performanta ECOG 4 – pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoana pentru ingrijirea de baza (igiena, alimentatie, mobilizare).

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o data in viata pentru ingrijiri paliative la domiciliu.

***) Se va completa cu numarul din registrul de consultatii/foaie de observatie.

*1) Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare

NOTA: **1.** Termenul de valabilitate a recomandarii pentru ingrijiri paliative la domiciliu in vederea depunerii acesteia la casa de asigurari de sanatate este de 5 zile lucratoare de la data emiterii recomandarii.

2. Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu.

ANEXA Nr. 32
– model –

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . .

si

Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu: reprezentat prin: . . . . . .

Persoana fizica/juridica . . . . . avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., adresa e-mail . . . . . .

II. Obiectul contractului

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014-2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate

Art. 2. – Furnizorul presteaza servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu asiguratilor, cuprinse in anexa nr. 30 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 3. – Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurari de sanatate, respectiv cele prevazute in planul de ingrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 6. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu autorizati si evaluati, pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri

paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate si validate, pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu cu privire la conditiile de contractare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu cu privire la conditiile de acordare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate solutionarea situatiilor in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligatiile furnizorului de servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu

Art. 7. – Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu are urmatoarele obligatii:

a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu; factura este insotita de copiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz, si documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;

g) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 44 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

i) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

j) sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu asiguratilor fara nicio discriminare;

k) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

l) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

m) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza

Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

n) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

o) sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu prevazute in pachetul de servicii de baza;

p) sa reinnoiasca, pe toata perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

q) sa nu incaseze sume pentru serviciile de ingrijiri furnizate, prevazute in pachetul de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor si pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens, servicii de ingrijiri prevazute in recomandare;

r) sa acorde asiguratilor servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, conform recomandarilor medicilor, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, ca o consecinta a actului medical propriu, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Modelul formularului de recomandare este stabilit in anexa nr. 31 C/31 D la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu se face in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia, cu precizarea activitatilor zilnice pe care asiguratul nu le poate indeplini in conditiile prevazute in anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/de ingrijiri paliative la domiciliu cu exceptia unitatii sanitare cu paturi care are organizata si aprobata/avizata de Ministerul Sanatatii structura de ingrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continua, nu poate efectua servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in baza recomandarilor emise de catre medicii care au calitatea de reprezentanti legali, medici care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, asociati, administratori ai unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si de ingrijiri paliative, sot/sotie sau rude pana la gradul IV cu reprezentantul legal al

furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu. Casele de asigurari de sanatate nu vor lua in calcul recomandarile medicale pentru ingrijiri medicale la domiciliu care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in functie de patologia asiguratului si statusul de performanta ECOG al acestuia. In cazul nerespectarii acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si de ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza;

s) sa nu modifice sau sa nu intrerupa din proprie initiativa schema de ingrijire recomandata, pentru furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu;

s) sa comunice direct, in scris, atat medicului care a recomandat ingrijirile medicale la domiciliu si ingrijirile paliative la domiciliu, cat si medicului de familie al asiguratului evolutia starii de sanatate a acestuia;

t) sa tina evidenta serviciilor de ingrijiri medicale si ingrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, in ceea ce priveste tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata, evolutia starii de sanatate;

t) sa urmareasca prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a ingrijit, in situatia in care acest lucru a fost solicitat de medicul care a facut recomandarea, si sa nu depaseasca din proprie initiativa perioada de ingrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decat cea stabilita prin anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

u) sa acorde servicii conform unui plan de ingrijiri, in conformitate cu recomandarile stabilite zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale, in conditiile stabilite prin anexa nr. 31 B la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate . . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

v) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

w) sa utilizeze prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope in terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare, daca medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu prescriu substante si preparate stupefiante si

psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligatia sa informeze in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie.

x) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale prescrise pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope in terapia durerii in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

y) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, respectiv prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond; sa completeze formularele electronice mentionate anterior, de la data la care acestea se implementeaza;

z) sa recomande asiguratilor substantele si preparatele stupefiante si psihotrope in terapia durerii, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

aa) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

ab) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 8. – (1) Modalitatea de plata a furnizorilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se intelege totalitatea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative acordate asiguratilor pentru un episod de ingrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de ingrijire la domiciliu decontat de casa de asigurari de sanatate se stabileste prin inmultirea tarifului pe zi cu numarul de zile de ingrijire corespunzator unui episod de ingrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de ingrijire la domiciliu este de 55 lei, pentru ingrijirile acordate asiguratilor cu status de performanta ECOG 4 si tariful maximal pentru o zi de ingrijire acordat asiguratilor cu status de performanta ECOG 3 este de 50 lei. In tariful pe o zi de

ingrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de ingrijire la domiciliu. Prin o zi de ingrijire se intelege efectuarea de catre furnizor a minimum 1 vizita la domiciliu conform recomandarii, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplica daca pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevazuta in anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numarul de servicii efectuate pe zi conform recomandarii. In caz contrar, tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu se reduce proportional, in functie de numarul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG.

Tariful pe o zi de ingrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevazut in decizia casei de asigurari de sanatate conform anexei nr. 31 A la ordin.

Tariful nu este element de negociere intre parti.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu este de cel mult 90 de zile de ingrijiri/in ultimele 11 luni in mai multe etape - episoade de ingrijire. Un episod de ingrijire este de maxim 30 de zile de ingrijiri. Fiecare episod de ingrijire se recomanda utilizand un nou formular de recomandare. In situatia in care, conform recomandarii pentru ingrijiri medicale la domiciliu, ingrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/in ultimele 11 luni se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat ingrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de ingrijire paliativa la domiciliu decontat de casa de asigurari de sanatate se stabileste prin inmultirea tarifului pe zi cu numarul de zile de ingrijire corespunzator unui episod de ingrijire paliativa la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu este de 65 lei pentru ingrijirile acordate asiguratilor cu status de performanta ECOG 4 si tariful maximal pentru o zi de ingrijire acordata asiguratilor cu status de performanta ECOG 3 este de 60 lei.

In tariful pe o zi de ingrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de ingrijire paliativa la domiciliu. Prin o zi de ingrijire paliativa la domiciliu se intelege efectuarea de catre furnizor a minimum 1 vizita la domiciliu, conform recomandarii pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplica daca pentru fiecare caz sunt recomandate minim 5 servicii din lista prevazuta in anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numarul de servicii efectuate pe zi. In caz contrar, tariful se reduce proportional, functie de numarul serviciilor recomandate, conform formulei:

Numar servicii recomandate/numar minim de servicii (5) x tariful/zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG.

Tariful pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevazut in decizia casei de asigurari de sanatate conform anexei nr. 31 A la ordin si ramane nemodificat in situatia in care numarul serviciilor de ingrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu, in cadrul planului de ingrijire prevazut in anexa nr. 31 B la ordin este mai mare fata de cel prevazut in recomandare, conform anexei nr. 31 D la ordin.

(3) In situatia in care numarul serviciilor de ingrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat in ingrijiri paliative al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu in cadrul planului de ingrijire conform anexei nr. 31 B la ordin si efectuate de furnizor, este mai mic fata de numarul serviciilor recomandate, tariful prevazut in decizie se reduce proportional, in functie de numarul serviciilor cuprinse in cadrul planului de ingrijire, conform formulei:

Numar servicii cuprinse in cadrul planului de ingrijire / numar de servicii conform recomandarii x tariful/zi de ingrijire corespunzator statusului de performanta ECOG si prevazut in decizie.

Tariful nu este element de negociere intre parti.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu este de cel mult 90 de zile de ingrijiri paliative o singura data in viata. In situatia in care ingrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat ingrijirile paliative.

(4) Numarul maxim de servicii care pot fi raportate de catre furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu are in vedere urmatoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 ora;
- un program de lucru in medie de 8 ore/zi pentru personalul care acorda servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;

In situatia in care furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu intrerupe furnizarea de ingrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din urmatoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreste sa renunte la serviciile de ingrijire medicala la domiciliu din motive personale; furnizorul anunta in scris - cu precizarea motivului, casa de asigurari de sanatate cu care este in relatie contractuala, in termen de 2 zile lucratoare de la data intreruperii ingrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numarul maxim de servicii care pot fi raportate de catre furnizorul de servicii de ingrijiri paliative are in vedere urmatoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de ingrijiri pentru un pacient este 1 ora;
- un program de lucru in medie de 8 ore/zi pentru servicii de ingrijiri paliative, stabilit in conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 31 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

In situatia in care furnizorul de ingrijiri paliative intrerupe furnizarea de ingrijiri paliative unui asigurat din urmatoarele motive: decesul, internarea, in urma evaluarii asiguratului se decide ca acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreste sa renunte la serviciile de ingrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunta in scris - cu precizarea motivului, casa de asigurari de sanatate cu care este in relatie contractuala, in termen de 2 zile lucratoare de la data intreruperii ingrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu se face lunar in functie de numarul de zile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative

la domiciliu realizat, raportat si validat, in limita numarului de zile aprobat de casa de asigurari de sanatate pentru fiecare caz aprobat si de tariful pe zi de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu.

(7) In situatia in care un asigurat beneficiaza atat de ingrijiri medicale la domiciliu cat si de ingrijiri paliative la domiciliu, numarul total de zile de ingrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile in ultimele 11 luni.

Art. 9. – (1) Documentele pe baza carora se face decontarea se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . ale fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale – se completeaza pentru fiecare persoana fizica sau juridica cu care s-a incheiat contractul . . . . . .

VII. Calitatea serviciilor de ingrijiri medicale/ingrijiri paliative la domiciliu

Art. 10. – Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu furnizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 11. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

Art. 12. – Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizica furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu este direct raspunzator/raspunzatoare de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauza speciala

Art. 13. – Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

Art. 14. – Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in

termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor insotite de copiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz, si de documentele justificative privind activitatile realizate conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 15 alin. (1), (2) si (3), pentru fiecare situatie;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 7 lit. q), r), s) si u).

Art. 15. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) - c), e) - o), s), t), v), w), z) si aa) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. x), la prima constatare se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii; la a doua constatare se diminueaza cu 20% suma cuvenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

(4) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (3), nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. x) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescriptiile

medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(5) Retinerea sumelor potrivit alin. (1), (2) si (3) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) si (3) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1), (2) si (3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 16. – (1) Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 17 lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte de acelasi tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

Art. 17. – Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 118 alin. (1) lit. a) – c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. p), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu a obligatiei de plata a contributiei la Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, constatata de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor.

Art. 18. – Situatiile prevazute la art. 14 si la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) si a3) se constata de casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XII. Corespondenta

Art. 19. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu declarat in contract.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante modificarile survenite.

XIII. Modificarea contractului

Art. 20. – Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva

notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile calendaristice inaintea datei la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

Art. 21. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 22. –

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

XIV. Solutionarea litigiilor

Art. 23. –

(1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XV. Alte clauze . . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Presedinte – director general,	Reprezentant legal,
. . . . .	. . . . .
Director executiv al Directiei economice, ...	
Director executiv al Directiei relatii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA Nr. 33

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZA IN ASISTENTA DE REABILITARE MEDICALA IN SANATORII BALNEARE SI RECUPERARE MEDICALA IN ALTE SANATORII SI PREVENTORII

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA CUPRINDE:

1. Serviciile de reabilitare medicala si recuperare sunt servicii acordate in regim de spitalizare in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti conform Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de reabilitare medicala acordate in sanatorii balneare

Tipul de asistenta balneara	Durata maxima*)
Servicii de reabilitare medicala	14 - 21 zile/an/asigurat acordate intr-un singur episod care cuprinde minim 4 proceduri/zi

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare mai mare de 21 de zile se suporta in intregime de catre asigurati. Serviciile medicale se acorda si pentru durate mai mici de 14 zile.

1.1.1. Serviciile se acorda in baza biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicala in sanatorii balneare, eliberate de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicala au in vedere patologia specifica si afectiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2. Serviciile se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de reabilitare medicala, cu incadrarea in prevederile mai sus mentionate.

1.2. Servicii medicale de recuperare acordate in sanatorii altele decat balneare si preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare acordate in alte sanatorii decat cele balneare si in preventorii sunt servicii acordate in regim de spitalizare, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

1.2.2. Serviciile se acorda in baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare eliberate de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENTII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERATIA ELVETIANA,

BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE IN BAZA REGULAMENTULUI CE NR. 883 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN SI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALA SI PENTRU PACIENTII DIN STATELE CU CARE ROMANIA A INCHEIAT ACORDURI, INTELEGERI, CONVENTII SAU PROTOCOALE INTERNATIONALE CU PREVEDERI IN DOMENIUL SANATATII

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii reabilitare medicala si de recuperare acorda serviciile medicale prevazute la lit. A. din prezenta anexa numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, se acorda serviciile medicale prevazute la lit. A. din prezenta anexa, numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 34

MODALITATILE DE PLATA
in asistenta medicala de reabilitare medicala si recuperare, in sanatorii si preventorii

Art. 1. – (1) Suma negociata si contractata de sanatoriile/sectiile sanatoriale din spitale, pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiti conform Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizati de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare sau au in structura avizata/aprobata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare si de preventoriile cu sau fara personalitate juridica, cu casele de asigurari de sanatate, se stabileste pe baza urmatorilor indicatori specifici in functie de care se stabileste capacitatea maxima de functionare:

a) numar de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, si preventoriilor, avand in vedere numarul de posturi aprobate potrivit legii;

b) numar de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in conditiile legii;

c) numarul de paturi contractabile cu incadrarea in planul de paturi la nivel judetean, stabilit prin ordin al ministrului sanatatii; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national luat in calcul la stabilirea capacitatii maxime este de 250 de zile pentru

sanatorii balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale si 320 de zile pentru sanatorii/sectii sanatoriale din spitale altele decat cele balneare si preventorii;

d) numar de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel national;

e) durata de spitalizare conform anexei nr. 25 la ordin sau, dupa caz, durata de spitalizare efectiv realizata; pentru situatiile la care este prevazuta durata de spitalizare in anexa 25 la ordin se va lua in calcul aceasta durata, daca durata de spitalizare efectiv realizata este mai mare decat aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizata daca aceasta este mai mica decat durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin;

f) tariful pe zi de spitalizare negociat;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2014;

h) structura organizatorica aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in conditiile legii, in vigoare la data incheierii contractului.

(2) Suma prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicala si recuperare, incheiat de casele de asigurari de sanatate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, si preventoriile, precum si suma contractata cu spitalele in baza contractului de furnizare servicii medicale pentru sectiile sanatoriale se stabileste prin negociere astfel:

Numar de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numarul de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel national.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociaza si nu poate fi mai mare decat tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)	
1. Sanatorii balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale	129
2. Sanatorii/sectii sanatoriale din spitale altele decat cele balneare	110
3. Preventorii	62

NOTA: Pentru sanatoriile balneare/sectiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractata si decontata de casele de asigurari de sanatate este suma negociata diminuata corespunzator cu contributia personala a asiguratilor.

(3) Contributia personala a asiguratilor pentru asistenta balneara in sanatorii balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale reprezinta 35% din tariful/zi de spitalizare negociat.

(4) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contributie personala a asiguratului se suporta din fond, cu urmatoarele exceptii:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistratilor care au fost inlaturati din justitie pentru considerente politice in perioada anilor 1945 - 1989, cu modificarile ulterioare, partea de contributie personala se suporta din fond daca serviciile au fost acordate in unitati sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de razboi, precum si unele drepturi ale invalizilor si vaduvelor de razboi, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, partea de contributie personala se suporta din fond daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii recunostintei fata de eroii-martiri si luptatorii care au contribuit la victoria Revolutiei romane din decembrie 1989, precum si fata de persoanele care si-au jertfit viata sau au avut de suferit in urma revoltei muncitoresti anticomuniste de la Brasov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, partea de contributie personala se suporta din fond daca serviciile au fost acordate in unitati medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sanatatii, Ministerului Afacerilor Interne si Ministerului Apararii Nationale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare medicala, acordate in sanatorii, altele decat cele balneare si in preventorii nu se percepe contributie din partea asiguratilor.

Art. 2. – (1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare medicala, efectuate in sanatorii/sectiile sanatoriale din spitale pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, precum si in preventorii cu sau fara personalitate juridica se face de catre casele de asigurari de sanatate in raport cu numarul de zile de spitalizare efectiv realizat si cu tariful pe zi de spitalizare, cu incadrarea in valoarea contractului, diminuat in cazul sanatoriilor balneare/sectiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contributia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, efectuate in sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, precum si in preventorii cu sau fara personalitate juridica se face din fondul cu destinatia servicii medicale de reabilitare medicala si recuperare in unitati sanitare cu paturi.

Art. 3. – Asiguratii suporta contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare si/sau masa) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, in ceea ce priveste cazarea, se intelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare si fara dotari suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer conditionat si altele asemenea), iar in ceea ce priveste masa, cea acordata la nivelul alocatiei de hrana stabilita prin acte normative. Contributia personala a asiguratilor reprezinta diferenta dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, si cele corespunzatoare confortului standard.

Art. 4. – Sanatoriile si preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate suporta contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard si masa la nivelul alocatiei de hrana) pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, in conditiile prevederilor legale in vigoare.

Art. 5. – (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare si preventoriile sunt obligate sa suporte pentru asiguratii internati cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) In situatia in care asiguratii, pe perioada internarii, in baza unor documente medicale intocmite de medicul curant din sectia in care acestia sunt internati, suporta cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare si investigatii paraclinice la care ar fi fost indreptatiti

fara contributie personala, in conditiile contractului-cadru si prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare si preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguratilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevazute la alin. (2) reprezinta o obligatie exclusiva a sanatoriilor, inclusiv cele balneare si a preventoriilor si se realizeaza numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Art. 6. – (1) Suma anuala prevazuta in bugetul de venituri si cheltuieli si, respectiv, suma prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casele de asigurari de sanatate se defalcheaza de catre sanatorii si preventorii pe trimestre si luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, in functie de subordonare, si al caselor de asigurari de sanatate.

Lunar, casele de asigurari de sanatate vor deconta in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata sumele corespunzatoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, in limita sumelor contractate, in baza facturii si a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative ce se depun/transmit la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse/transmise in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

Pentru incadrarea in sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate, sanatoriile si preventoriile vor intocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, daca este cazul. In acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, acestea depun la casa de asigurari de sanatate pe fiecare sectie numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate in lista de prioritate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in lista de prioritate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite din lista de prioritate in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului in lista de prioritate.

(2) Activitatea realizata se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii si se valideaza conform prezentelor norme.

Decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza astfel:

1. Decontarea lunara in limita sumei contractate se face in functie de:

- numarul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat in cazul sanatoriilor balneare/sectiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contributia asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizari si decontari, in limita sumei contractate, in functie de:

- numarul de zile de spitalizare efectiv realizate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv,

- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat in cazul sanatoriilor balneare/sectiilor sanatoriale balneare din spitale cu contributia asiguratului conform prevederilor art. 1.

In situatia in care numarul de zile efectiv realizate este mai mic decat numarul de zile contractate, decontarea se face la numarul de zile efectiv realizat.

In situatia in care numarul de zile efectiv realizate este mai mare decat numarul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea si decontarea trimestriala se fac in primele 25 de zile ale lunii urmatoare trimestrului incheiat, cu exceptia trimestrului IV pentru care regularizarea se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate si raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale pana la data de 30 noiembrie a anului in curs, conform facturilor insotite de documentele justificative, urmand ca regularizarea finala a trimestrului IV sa se efectueze in luna ianuarie a anului urmator.

Art. 7. – Medicii care isi desfasoara activitatea in sanatorii/preventorii au obligatia ca la externarea asiguratului sa transmita medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, dupa caz, prin scrisoare medicala sau bilet de iesire din spital – cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, evaluarea starii de sanatate a asiguratului la momentul externarii si indicatiile de tratament si supraveghere terapeutica pentru urmatoarea perioada (determinata conform diagnosticului).

Art. 8. – Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial (sau ori de cate ori este nevoie) intalniri cu medicii de specialitate din unitatile sanitare de reabilitare medicala si recuperare medicala, pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta de reabilitare medicala si de recuperare medicala, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili, impreuna cu medicii de specialitate din unitatile sanitare de reabilitare medicala si recuperare, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

Art. 9. – Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicala si recuperare medicala (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare conform prevederilor din anexa 22 A la ordin.

Art. 10. – Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2015 cu destinatia servicii medicale de reabilitare medicala si recuperare in unitati sanitare cu paturi, se contracteaza de catre casele de asigurari de sanatate prin acte aditionale la contractele initiale pentru anul 2015. Casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere la repartizarea fondurilor suplimentare conditiile avute in vedere la contractare si indicatorii specifici fiecarei unitati sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii initiale de contract/actelor aditionale, precum si nivelul de realizare a indicatorilor specifici in limita celor contractati.

ANEXA Nr. 35
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de reabilitare medicala si recuperare, in sanatorii si preventorii

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte - director general . . . . . .

si

Sanatoriul/Preventoriul/Sectia sanatoriala sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiti conform Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizati de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare sau au in structura avizata/aprobata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare . . . . . avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon fix/mobil . . . . . ., e-mail . . . . . fax . . . . . reprezentat prin . . . . . .

II. Obiectul contractului

Art. 1. - Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, acordate in sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, si preventorii, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Serviciile medicale de reabilitare medicala si recuperare, acordate in sanatorii si preventorii, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate

Art. 2. - Serviciile medicale de reabilitare medicala si recuperare, in sanatorii si preventorii, se acorda in baza biletelor de trimitere eliberate de catre medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

IV. Durata contractului

Art. 3. - Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 4. - Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

Art. 5. - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publice in termen de maximum 10 zile

lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotita de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate de casele de asigurari de sanatate conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea in vederea decontarii se poate face numai in format electronic;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 10 alin. (1) din textul H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii, precum si contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu si fara contributie personala, materiale sanitare, dispozitive medicale ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza biletelor de trimitere/recomandarilor medicale si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acestia, in situatia in care nu au fost indeplinite conditiile pentru ca asiguratii sa beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere,

prescriptiilor medicale si recomandarilor. Sumele astfel obtinute se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in anexa 34 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

j) sa tina evidenta serviciilor medicale acordate de furnizori, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta acesta;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale in cazul serviciilor medicale acordate in baza biletelor de internare, acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Art. 6. – Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

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

b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului si ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate in mod distinct, conform prevederilor H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si ale Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa, factura si documentele justificative se transmit numai in format electronic;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare; pentru furnizorii care au semnatura electronica extinsa raportarea se face numai in format electronic;

f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, pe cele cu regim special si pe cele tipizate;

g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

h) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

k) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, pana la data implementarii prescriptiei electronice pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

l) sa asigure acordarea serviciilor medicale asiguratilor fara nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeilor gravide si sugarilor;

n) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

o) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

p) sa respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea si decontarea tratamentului in cazul unor afectiuni, conform dispozitiilor legale;

q) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

r) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

s) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

s) sa asigure acordarea serviciilor medicale prevazute in pachetul de servicii medicale;

t) sa incaseze sumele reprezentand contributia personala pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare;

t) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau in ambulatoriu si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din Fond;

u) sa recomande asiguratilor tratamentul, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare;

v) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

w) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

x) sa informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat si despre orice alte aspecte privind starea de sanatate a acestuia; scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se intocmesc la data externarii, intr-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea in ziua externarii a prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru

unele materiale sanitare, recomandari de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii si pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

z) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

aa) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz; in acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, se depun la casa de asigurari de sanatate pe fiecare sectie numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului;

ab) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ac) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in anexa nr. 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

ad) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ae) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

af) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura

electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 7. - (1) Suma pentru sanatorii balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale prevazuta in prezentul contract se stabileste prin negociere in functie de numarul de zile de spitalizare estimat a se realiza si de tariful/zi de spitalizare negociat.

Valoarea contractata in suma de . . . . . lei este suma negociata diminuata cu contributia personala a asiguratilor, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenta balneara	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociata	Suma suportata de asigurat	Valoarea contractata
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x 35%	6 = 4 - 5
Servicii de reabilitare medicala					

(2) Suma contractata cu casa de asigurari de sanatate pentru sanatorii/sectiile sanatoriale din spitale, altele decat cele balneare, si preventorii este de . . . . . lei si se stabileste prin negociere in functie de numarul de zile de spitalizare estimat . . . . . si tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de . . . . . lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferenta serviciilor medicale contractate stabilita pentru anul 2015 se defalcheaza lunar si trimestrial dupa cum urmeaza:

- Suma aferenta trimestrului I . . . . . lei, din care:
- luna I . . . . . lei
- luna II . . . . . lei
- luna III . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului II . . . . . lei, din care:
- luna IV . . . . . lei
- luna V . . . . . lei
- luna VI . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului III . . . . . lei, din care:
- luna VII . . . . . lei
- luna VIII . . . . . lei
- luna IX . . . . . lei
- Suma aferenta trimestrului IV . . . . . lei, din care:

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

(4) Pentru sanatoriile balneare/sectii sanatoriale balneare din spitale suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera.

Art. 8. –

(1) Decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Lunar, pana la data de . . . . . a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . ., cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 – 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse/transmise in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale realizate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(3) Trimestrial, pana la data de . . . . . a lunii urmatoare incheierii trimestrului, se fac regularizarile si decontarile, in limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face pana la data de 20 decembrie a anului in curs pentru serviciile medicale realizate si raportate conform prezentului contract pana la data de 30 noiembrie a anului in curs, conform facturilor insotite de documentele justificative, urmand ca regularizarea finala a trimestrului IV sa se efectueze in luna ianuarie a anului urmator.

(4) Contractarea si decontarea serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, se face in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

Art. 9. – Plata serviciilor medicale de reabilitare medicala si recuperare, se face in contul nr. . . . . deschis la Trezoreria statului sau in contul nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . .

Art. 10. – (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile contractuale de catre furnizorii de servicii medicale prevazute la art. 6 lit. a) – u), w) – ac) si ae) atrage diminuarea valorii de contract, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunara.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la art. 6 lit. ad), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

b) la a doua constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, se diminueaza cu 20% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(3) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (2), nerespectarea obligatiei de la art. 6 lit. ad) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(4) Retinerea sumelor potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. In situatia in care suma prevazuta la alin. (2) depaseste prima plata, recuperarea sumei se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(6) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Art. 11. – Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

VIII. Raspunderea contractuala

Art. 12. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

Art. 13. – Reprezentantul legal al unitatii sanitare cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauza speciala

Art. 14. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

Art. 15. – Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie raspundere si nu atrage nici o obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

X. Incetarea, modificarea si suspendarea contractului

Art. 16. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate, la nivelul sectiei/sectiilor, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative.

(2) In situatiile prevazute la alin. (1) lit. a) – d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

Art. 17. – (1) Contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate

sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se modifica, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de sanatate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Art. 18. – Situatiile prevazute la art. 16 alin. (1) si la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 si a3 se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.
Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

Art. 19. – Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul furnizorului declarat in contract.
Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare de la momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

Art. 20. – Prezentul contract se poate modifica, prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare, cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

Art. 21. – (1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondului aprobat pentru asistenta medicala acordata in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii, cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

Art. 22. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

Daca inceteaza termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIV. Alte clauze

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte – director general, ...	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE Reprezentant legal, ...
Director executiv al Directiei economice, ...	. . . . .
Director executiv al Directiei Relatii contractuale, ...	
Vizat Juridic, contencios	

ANEXA Nr. 36

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE SI DECONTARE
a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu

Art. 1. – (1) Medicamentele cu si fara contributie personala se acorda in tratamentul ambulatoriu pe baza de prescriptie medicala eliberata de medicii care sunt in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala care se acorda in tratamentul ambulatoriu se utilizeaza numai prescriptia medicala electronica on-line si in cazuri justificate, prescriptia medicala electronica off-line.

In sistemul de asigurari sociale de sanatate, prescrierea preparatelor stupefiante si psihotrope se realizeaza conform reglementarilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si

preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare. Prescriptia medicala cu regim special este utilizata pentru preparatele stupefiante si psihotrope si isi pastreaza regimul de prescriptie medicala cu regim special.

Pentru prescriptiile medicale electronice off-line, in cazul in care o modificare este absolut necesara, aceasta mentiune va fi semnata si parafata de catre persoana care a completat initial datele, pe toate formularele.

(2) Prescriptia medicala electronica on-line si off-line este un formular utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu.

Prescriptia medicala electronica on-line si off-line are doua componente obligatorii: componenta care se completeaza de catre medicul prescriptor si o componenta care se completeaza de farmacist, denumite in continuare componenta prescriere, respectiv componenta eliberare. Prescriptia medicala electronica on-line in care medicul prescriptor are semnatura electronica extinsa are si o componenta facultativa utilizata numai pentru eliberarea fractionata atat in ceea ce priveste numarul medicamentelor cat si cantitatea din fiecare medicament denumita in continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria si numarul prescriptiei medicale electronice on-line si off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronica de la nivelul caselor de asigurari de sanatate si sunt atribuite fiecarui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecarui medic care are incheiata conventie pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurari de sanatate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au incheiate conventii pentru prescriere de medicamente un numar de prescriptii medicale electronice on-line si off-line, la solicitarea acestora si organizeaza evidenta prescriptiilor medicale electronice online si off-line atribuite.

(3) In cazul prescrierii electronice on-line, in situatia in care medicul prescriptor are semnatura electronica extinsa, acesta listeaza un exemplar al prescriptiei medicale (componenta prescriere) care poarta confirmarea semnaturii electronice extinsa si il inmaneaza asiguratului pentru depunerea la farmacie si poate lista un alt exemplar al prescriptiei electronice (componenta prescriere) care ramane la medicul prescriptor pentru evidenta proprie.

Farmacia la care se prezinta asiguratul sau persoana care ridica medicamentele in numele asiguratului listeaza un exemplar al prescriptiei electronice on-line (componenta eliberare) - ce contine confirmarea semnaturii electronice a farmacistului, pe care o pastreaza in evidenta proprie impreuna cu prescriptia medicala (componenta prescriere) si o va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de catre persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, daca nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu. In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de care beneficiarul prescriptiei/persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, eliberarea se face utilizand cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu fiecaruia si nu este necesara semnarea componentei eliberare.

In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de catre beneficiarul prescriptiei pe baza adeverintei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza

cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverintei inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national de sigurari sociale de sanatate duplicat/documentelor prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, precum si copii 0-18 ani beneficiari ai prescriptiei medicale, este necesara semnarea componentei eliberare.

(4) In cazul prescrierii electronice on-line, in situatia in care medicul prescriptor nu are semnatura electronica extinsa, acesta listeaza obligatoriu doua exemplare pe suport hartie (componenta prescriere), pe care le semneaza, parafeaza si stampileaza, din care un exemplar ramane la medicul prescriptor pentru evidenta proprie si un exemplar il inmaneaza asiguratului pentru a se depune de catre acesta la farmacie. Farmacia listeaza pe suport hartie prescriptia medicala electronica (componenta eliberare), cu confirmarea semnaturii electronice a farmacistului, pe care o pastreaza in evidenta proprie impreuna cu prescriptia medicala (componenta prescriere) si o va prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de catre persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, daca nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu. In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de care beneficiarul prescriptiei persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, eliberarea se face utilizand cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu fiecaruia si nu este necesara semnarea componentei eliberare.

In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de catre beneficiarul prescriptiei pe baza adeverintei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverintei inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national de sigurari sociale de sanatate duplicat/ documentelor prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, precum si copii 0-18 ani beneficiari ai prescriptiei medicale, este necesara semnarea componentei eliberare.

(5) In cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listeaza obligatoriu pe suport hartie 3 exemplare ale prescriptiei medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semneaza, parafeaza si stampileaza, din care un exemplar il pastreaza pentru evidenta proprie si doua exemplare le inmaneaza asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listeaza pe suport hartie componenta eliberare cu confirmarea semnaturii electronice a farmacistului, care se semneaza si de asigurat sau de persoana care ridica medicamentele, pe care farmacia o inainteaza casei de asigurari de sanatate in vederea decontarii.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de catre persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, daca nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu. In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de care beneficiarul prescriptiei persoana care ridica medicamentele in numele acestuia, eliberarea se face utilizand cardul national de asigurari sociale de sanatate propriu fiecaruia si nu este necesara semnarea componentei eliberare.

In situatia in care medicamentele se ridica de la farmacie de catre beneficiarul prescriptiei pe baza adeverintei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverintei inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national de sigurari

sociale de sanatate duplicat/documentelor prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul, precum si copii 0-18 ani beneficiari ai prescriptiei medicale, este necesara semnarea componentei eliberare.

(6) Pentru elevii si studentii care urmeaza o forma de invatamant in alta localitate decat cea de resedinta, in caz de urgenta medicala, medicul din cabinetul scolar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligatia sa transmita prin scrisoare medicala medicului de familie la care este inscris elevul sau studentul diagnosticul si tratamentul prescris. Medicii dentisti din cabinetele stomatologice scolare si studentesti pot prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din caminele de batrani pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, daca nu sunt inscrisi in lista unui medic de familie.

Medicii din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt inscrise in lista unui medic de familie.

Medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, corespunzator DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevazute la art. 2 alin. (1) si alin. (3).

(7) Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii/medicii dentisti din cabinetele scolare si studentesti, medicii din caminele de batrani, medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati, cu unitatile sanitare pentru medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, si cu medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat, in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala eliberate de catre acestia. Modelul conventiei este cel prevazut in anexa nr. 41 la ordin. Prin medici/medici dentisti din cabinetele scolare si studentesti se intelege medicii din

cabinetele medicale si stomatologice din scoli si unitati de invatamant superior, finantate de la bugetul de stat.

(8) Prescriptiile medicale aferente medicamentelor in regim de compensare 100% din pretul de referinta se elibereaza in urmatoarele situatii:

a) pentru copii cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani, gravide si lehuze, tineri de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventi de liceu pana la inceputul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale in vigoare;

c) pentru persoanele prevazute in legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare, pensionarii trebuie sa prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum si o declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte faptul ca realizeaza venituri numai din pensii de pana la 700 lei pe luna, iar acesta va consemna in fisa medicala a pensionarului/in registrul de consultatii numarul talonului si cuantumul pensiei si va anexa la fisa medicala declaratia data pe propria raspundere de catre pensionar.

In situatia in care la nivelul cabinetului medical nu exista declaratie data pe propria raspundere de catre pensionar anexata la fisa medicala (cate una pentru fiecare prescriptie eliberata de medic sau aceeasi declaratie actualizata prin semnatura pensionarului si data – cu ocazia celorlalte prescriptii medicale eliberate de medic) precum si inscrisuri privind numarul talonului si cuantumul pensiei (talon de pensie in original sau copie sau nu sunt consemnate in fisa pacientului/in registrul de consultatii numarul talonului si cuantumul pensiei) pentru prescriptie eliberata de medic, raspunderea revine medicului prescriptor.

In situatia in care la nivelul cabinetului medical exista declaratie data pe propria raspundere de catre pensionar anexata la fisa medicala (cate una pentru fiecare prescriptie eliberata de medic sau aceeasi declaratie actualizata prin semnatura pensionarului si data – cu ocazia celorlalte prescriptii medicale eliberate de medic) precum si inscrisuri privind numarul talonului si cuantumul pensiei (talon de pensie in original sau copie sau sunt consemnate in fisa pacientului/in registrul de consultatii numarul talonului si cuantumul pensiei) pentru prescriptia eliberata de medic, dar se dovedeste ca declaratia data pe propria raspundere data de catre pensionar nu este conforma realitatii, raspunderea nu revine medicului prescriptor, ci asiguratului (pensionarului).

Art. 2. – (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile in afectiuni acute, de pana la 8 – 10 zile in afectiuni subacute si de pana la 30 – 31 de zile pentru bolnavii cu afectiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate si cu schema terapeutica stabila, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt inclusi in "Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei pe luna",

medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecinta a actului medical prestat de alti medici de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilita de comun acord de medicul prescriptor si asiguratul beneficiar al prescriptiei medicale. Asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru boala cronica respectiva pentru perioada acoperita de prescriptia medicala.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate si cu schema terapeutica stabila, medicii de specialitate din specialitatile clinice aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot prescrie medicamente pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilita de comun acord de medicul prescriptor si asiguratul beneficiar al prescriptiei medicale.

Asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru boala cronica respectiva pentru perioada acoperita de prescriptia medicala.

(4) Prescriptia medicala eliberata de medicii din spitale la externarea bolnavului – in urma unui episod de spitalizare continua/spitalizare de zi, cuprinde medicatia pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescriptia medicala pentru afectiunile cronice este valabila maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar in afectiunile acute si subacute prescriptia medicala este valabila maximum 48 de ore. Prescriptia medicala electronica on-line pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnatura electronica extinsa, si care se elibereaza de mai multe farmacii atat in ceea ce priveste numarul, cat si cantitatea din fiecare medicament, este valabila maximum 92 zile de la data emiterii acesteia in functie de numarul de zile pentru care s-a facut prescrierea.

Art. 3. – Numarul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevazut in anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se noteaza in cifre si litere.

Art. 4. – (1) Prescriptia medicala se completeaza in mod obligatoriu cu toate informatiile solicitate in formularul de prescriptie medicala electronica aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/in prescriptia cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale electronice/prescriptiile cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevazute in formularul de prescriptie medicala, nu se elibereaza de catre farmacii si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate.

Art. 5. – (1) In sistemul asigurarilor sociale de sanatate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, in limita competentelor legale pe care le au si in concordanta cu diagnosticul mentionat pe formularul de prescriptie medicala emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atat ca urmare a actului medical propriu, cat si ca o consecinta a actului medical prestat de alti medici in urmatoarele situatii:

a) cand pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de

zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala si, dupa caz, pentru unele materiale sanitare, de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala cu respectarea restrictiilor de prescriere prevazute in protocoalele terapeutice. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital, cu respectarea restrictiilor de prescriere prevazute in protocoalele terapeutice.

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala;

c) in cadrul "Programului pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei pe luna", pe baza scrisorii medicale transmisa de alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(2) Medicii din spitale sunt obligati sa prescrie asiguratilor, la externare, medicamente in limita specialitatii si a consultatiilor interdisciplinare evidentiate in foaia de observatie, luandu-se in considerare medicatia prescrisa anterior si in coroborare cu schema de tratament stabilita la externare, daca se impune eliberarea unei prescriptii medicale.

(3) In situatia in care un asigurat, cu o boala cronica confirmata, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesara aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital, ca asiguratul este internat, cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice si a restrictiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care isi desfasoara activitatea la furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare privind conditiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internationale (DCI), iar in cazuri justificate medical, precum si in cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comerciala, cu precizarea pe prescriptie si a denumirii comune internationale corespunzatoare. In cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comerciala, cu exceptia produselor biologice, justificarea medicala va avea in vedere reactii adverse raportate prin sistemul national de farmacovigilenta, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiasi DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinatii.

Art. 6. - Prescriptiile medicale pe baza carora se elibereaza medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul

ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza carora se intocmesc borderourile centralizatoare.

Art. 7. – (1) Eliberarea medicamentelor se face de catre farmacie, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in contract/conventie medicul prescriptor.

(2) Pentru prescriptia medicala electronica on-line si off-line in care medicul prescriptor are sau nu are semnatura electronica extinsa, in situatia in care primitorul renunta la anumite DCI- uri/medicamente cuprinse in prescriptie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescriptie numai cu medicamentele eliberate si va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semneaza, cu precizarea pozitiei/pozitiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunta, si care se pastreaza in evidenta proprie impreuna cu prescriptia medicala (componenta prescriere), urmand a fi prezentata casei de asigurari de sanatate la solicitarea acesteia. In aceasta situatie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio alta farmacie.

Pentru prescriptia medicala electronica on-line in care medicul prescriptor are semnatura electronica extinsa, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie si la care asiguratul nu renunta, si care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate si care va fi inmanat asiguratului/primitorului in numele acestuia pentru a se prezenta la alta farmacie, precum si un exemplar al componentei eliberare – cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) – care se pastreaza in evidenta proprie impreuna cu prescriptia medicala (componenta prescriere) urmand a fi prezentata casei de asigurari de sanatate la solicitarea acesteia.

Pentru prescriptia medicala electronica on-line in care medicul prescriptor are semnatura electronica extinsa, emisa pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridica medicamentele in numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fractionat de catre una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face in maxim 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fractionata se va face cu respectarea cantitatii lunare din fiecare medicament determinata in functie de cantitatea inscrisa de medic in componenta prescriere. Farmacia/farmaciile care a/au eliberat medicamente fractionat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate si care va fi inmanat asiguratului/persoanei care ridica medicamentele in numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, in termenul de valabilitate a prescriptiei la aceeasi sau la o alta farmacie, precum si un exemplar al componentei eliberare – cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) care se pastreaza in evidenta proprie impreuna cu prescriptia medicala (componenta prescriere) urmand a fi prezentata casei de asigurari de sanatate la solicitarea acesteia. Farmacia care elibereaza ultima fractiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescriptia medicala electronica off-line sau on-line in care medicul prescriptor nu are semnatura electronica, prescriptia se poate elibera numai de catre o singura farmacie.

Furnizorii de medicamente elibereaza medicamentele din sublistele A, B, C – sectiunile C1 si C3, ale caror preturi pe unitatea

terapeutica sunt mai mici sau egale cu pretul de referinta, cu exceptia cazurilor in care medicul prescrie medicamentele pe denumire comerciala. In cazul in care medicamentele eliberate au pret pe unitatea terapeutica mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/persoanei care ridica medicamentele pe prescriptie - componenta eliberare. In cazul in care medicamentele eliberate in cadrul aceluiasi DCI au pretul de vanzare cu amanuntul mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/persoanei care ridica medicamentele pe prescriptie - componenta eliberare. In toate situatiile farmacia elibereaza medicamentele corespunzatoare formei farmaceutice aferente caii de administrare si concentratiei prescrise de medic.

(3) Inscrierea preturilor de vanzare cu amanuntul se face de catre farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a prescriptiei medicale.

(4) Farmacistul noteaza preturile de vanzare cu amanuntul, sumele aferente ce urmeaza sa fie decontate de casele de asigurari de sanatate pentru fiecare medicament si sumele ce reprezinta contributia personala a asiguratului, pe care le totalizeaza.

(5) Farmacia are dreptul sa incaseze de la asigurati contributia personala reprezentand diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul si suma corespunzatoare aplicarii procentului de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublistele A si B asupra pretului de referinta, respectiv diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul si pretul de referinta al medicamentelor decontate de casele de asigurari de sanatate.

(6) Farmaciile au obligatia sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiasi DCI, cu prioritate la preturile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, la cererea scrisa a asiguratului, inregistrata la furnizor, in maximum 24 de ore pentru bolile acute si subacute si 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, daca acesta/acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie. Solicitarea de catre asigurat se face in scris, iar farmacia trebuie sa faca dovada demersurilor efectuate in acest sens.

Face exceptie de la obligatia farmaciei de a se aproviziona in maximum 24/48 de ore cu medicamente situatia in care farmacia se afla in imposibilitatea aprovizionarii cu medicamente, din motive independente de aceasta si pe care le poate justifica cu documente in acest sens.

Art. 8. - Prescriptiile cu destinatie pediatrica se deconteaza numai pentru medicamentele de folosinta pediatrica, conform indicatiilor producatorului de medicamente, cu exceptia cazurilor justificate in care varsta si greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, dupa caz.

Art. 9. - Casele de asigurari de sanatate deconteaza numai medicamentele cu denumirile comerciale prevazute in Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborata pe baza Listei cuprinzand denumirile comune internationale - DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, aprobata prin hotarare a Guvernului.

Art. 10. - (1) Farmaciile intocmesc un borderou centralizator cu evidenta distincta pentru fiecare sublista. Farmaciile intocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele

corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experti ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, a medicamentelor corespunzatoare DCI - urilor pentru care au fost incheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum si pentru medicamentele corespunzatoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiaza de prescriptii medicale in conditiile prevazute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care se completeaza prescriptii distincte.

(2) In borderourile centralizatoare se specifica suma ce urmeaza sa fie incasata de la casele de asigurari de sanatate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor intocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator.

(3) Modelul borderourilor centralizatoare se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Art. 11. - (1) Casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza contravaloarea medicamentelor cu si fara contributie personala eliberate de farmaciile cu care se afla in relatie contractuala, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurari de sanatate cu aceasta destinatie se defalcheaza pe trimestre si luni.

(2) Acordarea medicamentelor si a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate cu scop curativ se realizeaza in conformitate cu prevederile Hotararii Guvernului privind aprobarea programelor nationale de sanatate in vigoare si a normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Casele de asigurari de sanatate vor incheia acte aditionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fara contributie personala de catre fiecare farmacie in parte, in limita fondurilor lunare aprobate cu aceasta destinatie, la nivelul casei de asigurari de sanatate.

Art. 12. - In vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit caselor de asigurari de sanatate, in luna urmatoare celei pentru care s- au eliberat medicamentele, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de medicamente incheiat cu casa de asigurari de sanatate, facturile si borderourile centralizatoare in format electronic cu semnatura electronica extinsa si inainteaza componenta prescriere si eliberare pentru prescriptiile electronice off-line, precum si prescriptiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope si stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au in structura mai multe farmacii, documentele mai sus mentionate se intocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

Art. 13. - Farmaciile raspund de exactitatea datelor cuprinse in decont si in actele justificative, iar casele de asigurari de sanatate, de legalitatea platilor efectuate.

Art. 14. - (1) Lista preturilor de referinta pe unitate terapeutica aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul national al preturilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piata (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, elaborata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, si metoda de calcul pentru sublistele A, B, C - sectiunile C1 si C3 din sublista, aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, se

publica pe pagina de web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate la adresa www.cnas.ro. si se actualizeaza in urmatoarele conditii:

a) la actualizarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu cu sau fara contributie personala;

b) ca urmare a actualizarii CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente – denumiri comerciale; lista se elaboreaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate in termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED si intra in vigoare la data de 1 a lunii urmatoare celei in care a fost elaborata;

c) in situatia in care in intervalul dintre doua actualizari ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piata care a obtinut aprobarea Ministerului Sanatatii pentru un pret de vanzare cu amanuntul pe unitate terapeutica mai mic decat pretul de referinta pentru medicamentele din sublistele A, B, C – Sectiunile C1 si C3.

Detinatorul autorizatiei de punere pe piata a medicamentului prin reprezentantul sau legal declara pe propria raspundere ca asigura medicamentul pe piata in cantitati suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacientilor si are capacitatea de a-l distribui in farmaciile aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia avizelor de diminuare de pret pentru medicamentele existente in lista mentionata la alin. (1) si a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

d) Pentru situatiile prevazute la lit. a) – c) se au in vedere prevederile art. 144 alin. (5) – (8) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la preturile de referinta stabilite in conditiile prevazute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completata prescriptia medicala de catre medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (5).

Art. 15. – Eliberarea si decontarea medicamentelor cu sau fara contributie personala din partea asiguratilor se fac in limita fondului aprobat cu aceasta destinatie.

Art. 16. – La nivelul caselor de asigurari de sanatate vor functiona comisii pentru DCI-urile prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale ale medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care este necesara aprobarea comisiilor constituite la nivelul caselor de asigurari de sanatate.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate, directiei de sanatate publica si ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituita din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul sef al casei de asigurari de sanatate sau o persoana desemnata de catre acesta din structurile subordonate medicului sef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de catre casa de asigurari de sanatate si de directia de sanatate publica;
- un medic reprezentant al directiei de sanatate publica;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului sef al casei de asigurari de sanatate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurari de sanatate;
- 1 medic prescriptor. Atributiile comisiei:
- asigura aplicarea criteriilor de includere/excludere in/din tratament in conformitate cu protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii;
- stabileste criterii de prioritizare a pacientilor eligibili in vederea includerii lor in tratament si intocmeste liste de asteptare, daca este cazul;
- emite decizii de aprobare/respingere a initierii sau continuarii tratamentelor cu medicamente ce necesita aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate, conform criteriilor de includere/excludere in/din tratament, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. O copie a deciziei de aprobare emisa de catre comisiile de la nivelul caselor de asigurari de sanatate sau comisiile de la nivelul CNAS se va atasa la prescriptia medicala pentru prescriptiile medicale off - line depuse la casa de asigurari de sanatate; pentru prescriptiile medicale electronice on - line cu sau fara semnatura electronica extinsa copia deciziei se pastreaza la farmacie si se prezinta la solicitarea casei de asigurari de sanatate.
- secretariatul comisiei tine evidenta informatica a pacientilor aflati in tratament precum si tratamentul aprobat cu indicarea datei la care au intrat in tratament, a datei ultimei aprobari si a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

Casa de asigurari de sanatate pune la dispozitia comisiei, trimestrial, un raport care contine numarul de pacienti aflati in tratament precum si costul mediu pe pacient.

Art. 17. - (1) Decontarea pentru activitatea curenta a anului 2015 se efectueaza in ordine cronologica pana la 60 de zile calendaristice de la data verificarii prescriptiilor medicale eliberate asiguratilor si acordarii vizei "bun de plata" facturilor care le insotesc, de catre casa de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

(2) Durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale prevazute la alin. (1) nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii acestora de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. In situatia in care, urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

(3) In cazul in care o factura nu este validata in sensul in care nu se acorda viza "bun de plata", casa de asigurari de sanatate este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare de la constatare sa comunice furnizorului, in scris, motivele neavizarii, acordand furnizorului un termen de 5 zile lucratoare pentru remedierea eventualelor erori, fara a se depasi termenul prevazut la alin. (2).

Art. 18. - Casele de asigurari de sanatate si directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala din partea asiguratilor in tratamentul ambulatoriu, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii de medicamente masurile

ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea furnizorilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA Nr. 37
– model –

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari de sanatate

I. Partile contractante:
Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . ., si
– Societatea farmaceutica . . . . . ., reprezentata prin . . . . . .
– Farmaciile care functioneaza in structura unor unitati sanitare din ambulatoriul de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti . . . . . ., reprezentata prin . . . . . .,
avand sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., et. . . ., ap. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . fax . . . . . e-mail . . . . . ., si punctul in comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . .

II. Obiectul contractului:

Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, conform reglementarilor legale in vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu:

Art. 2. – Furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementarilor legale in vigoare privind Lista cuprinzand denumirile comune internationale – DCI ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, a reglementarilor Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si a reglementarilor Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 3. – Furnizarea medicamentelor si materialelor sanitare se va desfasura prin intermediul urmatoarelor farmacii aflate in structura societatii:

1. . . . . din . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., sectorul/judetul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., cu autorizatia de functionare nr. . . . . /. . . . . ., eliberata de . . . . . ., dovada de evaluare in sistemul asigurarilor sociale de sanatate nr. . . . . /. . . . . ., farmacist . . . . . .;

2. . . . . din . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., sectorul/judetul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., cu autorizatia de functionare nr. . . . . /. . . . . ., eliberata de . . . . . ., dovada de evaluare in sistemul asigurarilor sociale de sanatate nr. . . . . /. . . . . ., farmacist . . . . . .;

3. . . . . din . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., sectorul/judetul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., cu autorizatia de functionare nr. . . . . /. . . . . ., eliberata de . . . . . ., dovada de evaluare in sistemul asigurarilor sociale de sanatate nr. . . . . /. . . . . ., farmacist . . . . . .

NOTA:

Se vor mentiona si oficinele locale de distributie cu informatiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Art. 4. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2015.

Art. 5. – Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor:

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 6. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizati si evaluati conform reglementarilor legale in vigoare si sa faca publice, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguratilor; sa actualizeze pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, modificarile intervenite in lista acestora, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

b) Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti este obligata sa incheie contracte cu cel putin o farmacie in localitatile in care aceasta are contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la medicamente;

c) sa nu deconteze contravaloarea prescriptiilor medicale care nu contin datele obligatorii privind prescrierea si eliberarea acestora;

d) sa deconteze furnizorilor de medicamente cu care au incheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu si fara contributie personala, la termenele prevazute in anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile

prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

e) sa urmareasca lunar, in cadrul aceleiasi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al caror pret pe unitate terapeutica/pret de vanzare cu amanuntul, dupa caz, este mai mic sau egal cu pretul de referinta, si total consum medicamente; sa urmareasca lunar evolutia consumului de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu aceasta destinatie, luand masurile ce se impun;

f) sa informeze furnizorii de medicamente in prealabil, intr-un numar de zile similar celui prevazut la art. 10 alin. (1) din textul de H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, cu privire la conditiile de contractare si la modificarile aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative; sa informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate.

g) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, dupa caz, sa comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, cel mai tarziu la data incetarii relatiilor contractuale dintre casa de asigurari de sanatate si medicii respectivi; sa publice si sa actualizeze in timp real, pe site-ul casei de asigurari de sanatate, numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se afla in relatie contractuala si care participa la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii;

k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnica pe pagina web proprie, situatia fondurilor lunare aprobate si a fondurilor disponibile de la data publicarii pana la sfarsitul lunii in curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) sa publice lunar, pe pagina web proprie, totalul platilor efectuate in luna anterioara catre furnizorii de medicamente.

B. Obligatiile furnizorilor de medicamente

Art. 7. – Furnizorii de medicamente au urmatoarele obligatii:

a) sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute in lista, cu prioritate cu medicamentele al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta - pentru medicamentele din sublistele A, B si C - sectiunile C1 si C3;

b) sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi DCI, cu prioritate la preturile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, in maximum 24 de ore pentru bolile acute si subacute si 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, daca acesta/acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie; solicitarea de catre asigurat se face in scris, iar farmacia trebuie sa faca dovada demersurilor efectuate in acest sens;

c) sa detina documente justificative privind intrarile si iesirile pentru medicamentele si materialele sanitare eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare; sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative, cu privire la tipul si cantitatea medicamentelor si materialelor sanitare achizionate si evidentiate in evidenta cantitativ valorica a farmaciei si care au fost eliberate in perioada pentru care se efectueaza controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre medicamentele/materialele sanitare eliberate in perioada verificata si cantitatea de medicamente/materiale sanitare achizitionate conform facturilor, aceasta procedeaza la suspendarea contractului de furnizare de medicamente si sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective;

d) sa verifice prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, in vederea eliberarii acestora si a decontarii contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale electronice off-line/prescriptiile cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevazute in formularul de prescriptie medicala, nu se elibereaza de catre farmacii si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate.

e) sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, cu privire la eliberarea prescriptiilor medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, referitoare la numarul de medicamente si durata terapiei in functie de tipul de afectiune: acut, subacut, cronic;

f) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor.

Incepand cu data implementarii sistemului de raportare in timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluati pentru indeplinirea acestei obligatii;

g) sa intocmeasca si sa prezinte/transmita caselor de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare medicamente, in conditiile stabilite in anexa 36 la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, documentele necesare in vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu; sumele prevazute in factura si medicamentele si materialele sanitare din documentele justificative insotitoare, prezentate caselor de asigurari de sanatate de furnizorii de medicamente in vederea decontarii acestora, trebuie sa corespunda cu datele raportate in Sistemul unic integrat si cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare; sa nu elibereze medicamente pentru care este necesara prescriptie medicala, in lipsa acesteia;

i) sa functioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si la modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei medicale; sa afiseze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si puse la dispozitie de catre aceasta;

k) sa respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunarii Generale Nationale a Colegiului Farmacistilor din Romania nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmacistilor din Romania si a Codului deontologic al farmacistului, in relatiile cu asiguratii;

l) sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie; sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii, si sa afiseze la loc vizibil lista farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente, publicata pe pagina web a casei de asigurari de sanatate. Acest program se stabileste in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

m) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente are contract cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract sau conventie in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale eliberate, in situatiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

n) sa anuleze, prin taiere cu o linie sau prin inscrierea mentiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, in fata primitorului, pe exemplarele prescriptiei medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale eliberate pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, in conditiile stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, nefiind permisa eliberarea altor medicamente din farmacie in cadrul sumei respective;

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

p) sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie si stampilata de casa/casele de asigurari de sanatate cu care furnizorul se afla in relatie contractuala;

q) sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie si la oficinele locale de distributie pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

r) sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de medicamente;

s) sa se informeze asupra conditiilor de furnizare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu;

s) sa elibereze medicamentele din sublistele A, B si C - sectiunile C1 si C3, ale caror preturi pe unitatea terapeutica sunt mai mici sau egale cu pretul de referinta, cu exceptia cazurilor in care medicul prescrie medicamentele pe denumire comerciala sau la cererea asiguratului. In cazul in care medicamentele eliberate au pret pe unitatea terapeutica mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/primitorului pe prescriptie - componenta eliberare. In cazul in care medicamentele eliberate in cadrul aceleiasi DCI au pretul de vanzare cu amanuntul mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/ primitorului pe prescriptie - componenta eliberare;

t) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

t) sa anunte casa de asigurari de sanatate cu privire la modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente in tratamentul ambulatoriu, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

u) sa acorde medicamentele prevazute in lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, si sa nu incaseze contributie personala pentru medicamentele la care nu sunt prevazute astfel de plati;

v) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, situatia medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurari de sanatate, nu elibereaza medicamente in sistem on-line, precum si situatia

substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; nerespectarea nejustificata a acestei obligatii pe perioada derularii contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, precum si daca nu au fost respectate conditiile prevazute in Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, privind eliberarea prescriptiilor medicale, referitoare la numarul de medicamente si la durata terapiei,

x) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real incepand cu data la care acesta este pus in functiune;

y) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor – farmacii/oficine, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmacistii si asistentii de farmacie, care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

z) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatiei Elvetia, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

aa) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatiei Elvetia, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, si sa raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente si dupa caz de documentele justificative/documente insotitoare, preturile de referinta stabilite pentru cetatenii romani asigurati.

ab) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de medicamente cu sau fara contributie personala acordate pe teritoriul Romaniei si raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie

contractuala facturile insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente si dupa caz de documentele justificative/documente insotitoare, preturile de referinta stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

ac) sa nu elibereze medicamente cu sau fara contributie personala in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, prin farmaciile/oficinele locale de distributie excluse din contractele incheiate intre societatile farmaceutice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract sau prin alte puncte de desfacere medicamente, farmacii/oficine locale de distributie decat cele prevazute in contract.

ad) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii medicamentelor, daca acestea se ridica din farmacie de catre beneficiarul prescriptiei; in situatia in care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de catre un imputernicit, se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate al imputernicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul, daca imputernicitul nu poate prezenta card; medicamentele din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; ae) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

af) sa foloseasca sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata.

VI. Modalitati de plata:

Art. 8. – (1) Decontarea medicamentelor cu si fara contributie personala eliberate se face pe baza urmatoarelor documente: facturi si borderourile centralizatoare in format electronic cu semnatura electronica extinsa, componenta prescriere si eliberare pentru prescriptiile electronice off-line, precum si prescriptiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope si stupefiante. In situatia in care in acelasi formular de prescriptie se inscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile intocmesc borderou centralizator cu evidenta distincta pentru fiecare sublista. In borderouri vor fi evidentiate distinct prescriptiile intocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile intocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzatoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experti ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, a medicamentelor corespunzatoare DCI - urilor pentru care au fost incheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum si pentru medicamentele corespunzatoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiaza de prescriptii in conditiile prevazute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care se completeaza prescriptii distincte.

In vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit caselor de

asigurari de sanatate, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele pana la data prevazuta in contractul de furnizare de medicamente incheiat cu casa de asigurari de sanatate, facturile si borderourile centralizatoare in format electronic cu semnatura electronica extinsa si inainteaza componenta prescriere si eliberare pentru prescriptiile electronice off- line, precum si presriptiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope si stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au in structura mai multe farmacii/oficine locale de distributie, documentele mai sus mentionate se intocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza contravaloarea medicamentelor cu si fara contributie personala eliberate de farmaciile cu care se afla in relatie contractuala, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurari de sanatate cu aceasta destinatie se defalcheaza pe trimestre si luni.

(3) Casele de asigurari de sanatate vor incheia acte aditionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fara contributie personala de catre fiecare farmacie in parte, in limita fondurilor lunare aprobate cu aceasta destinatie, la nivelul casei de asigurari de sanatate.

Art. 9. – (1) Documentele pe baza carora se face decontarea se depun/transmit la casele de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . a lunii urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Documentele necesare decontarii respectiv, facturile si borderourile centralizatoare in format electronic, se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura electronica extinsa a reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Art. 10. – (1) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie, in mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurari de sanatate si prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie a obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a) – f), h), j) – x), z) – ab) si ae) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. b) nu se aplica diminuari ale sumei cuvenite pentru luna in care s-a inregistrat aceasta situatie, daca vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate printr-o declaratie scrisa.

(3) Retinerea sumei potrivit alin. (1) si (2) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

Art. 11. – (1) Decontarea pentru activitatea curenta a anului 2015 se efectueaza in ordine cronologica, pana la 60 de zile calendaristice de la data verificarii prescriptiilor medicale eliberate asiguratilor si acordarii vizei "bun de plata" facturilor care le insotesc, de catre casa de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

(2) Durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale prevazuta la alin. (1) nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data depunerii / transmiterii acestora, dupa caz, de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. Prescriptiile medicale on line se pastreaza de catre farmacii si se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. In situatia in care, urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maxim 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

(3) In cazul in care o factura nu este validata in sensul in care nu se acorda viza "bun de plata", casa de asigurari de sanatate este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare de la expirarea termenului prevazut la alin. (2) sa comunice furnizorului, in scris, motivele neavizarii, acordand furnizorului un termen de 5 zile lucratoare pentru remedierea eventualelor erori.

Art. 12. – Plata se face in contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria Statului.

VII. Raspunderea contractuala:

Art. 13. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

Art. 14. – Farmacia este direct raspunzatoare de corectitudinea datelor cuprinse in decont si in actele justificative, iar casele de asigurari de sanatate de legalitatea platilor.

VIII. Clauza speciala:

Art. 15. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului, si care impiedica executarea acestuia este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

(3) Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(4) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, incetarea si suspendarea contractului:

Art. 16. – (1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca farmacia evaluata nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului;

b) daca, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) in cazul expirarii perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 10 alin. (1); pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, odata cu prima constatare, dupa aplicarea la nivelul societatii a masurilor prevazute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare farmacie/oficina locala de distributie din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii se aplica masurile prevazute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi farmacie/aceeasi oficina locala de distributie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru farmacia/oficina locala de distributie la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

g) in cazul nerespectarii termenelor de depunere a facturilor insotite de borderouri si prescriptii medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 10 alin. (2); pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. b) nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre aceasta printr-o declaratie scrisa;

i) in cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor si/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

j) la prima constatare in cazul nerespectarii obligatiei prevazuta la art. 7 lit. ac).

(2) Pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la art. 16 alin. (1) lit. f), g), h)

si j) – pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), t), v) si ac) – se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la art. 16 alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distributie la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea lor din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Art. 17. – (1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de medicamente se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de incetare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distributie, dupa caz.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(4) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(5) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica, in conditiile alin. (3) si (4), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (4) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste

persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distributie, nominalizate in contract, prevederile alin. (3), (4) si (5) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre acestea.

Art. 18. – (1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricarui act dintre documentele prevazute la art. 140 alin. (1) lit. a) – d) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. y), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

d) nerespectarea de catre furnizorii de medicamente a termenelor de plata a contributiei la Fond de la data constatarii acestui fapt de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi ori pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de suspendare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distributie, dupa caz.

Art. 19. – In situatia in care prin farmaciile/oficinele locale de distributie excluse din contractele incheiate intre societatile farmaceutice si casa de asigurari de sanatate continua sa se elibereze medicamente cu sau fara contributie personala in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, casa de asigurari de sanatate va rezilia contractele incheiate cu societatile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distributie cuprinse in aceste contracte.

Art. 20. – (1) Situatiile prevazute la art. 16 si la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a2, a3 si lit. c) se constata, din oficiu, de catre casa de asigurari de sanatate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a1 si lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

X. Corespondenta:

Art. 21. – (1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se va efectua in scris, prin scrisori recomandate cu

confirmare de primire, sau la sediul partilor – sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul farmaciei declarat in contract.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare de la momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XI. Modificarea contractului:

Art. 22. – (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act aditional semnat de ambele parti care va constitui anexa la prezentul contract.

Art. 23. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 24. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

XII. Solutionarea litigiilor:

Art. 25. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIII. Alte clauze:

. . . . . .

. . . . . .

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari de sanatate, a fost incheiat astazi . . . . . in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte – director general, ...	FURNIZOR DE MEDICAMENTE SI MATERIALE SANITARE Reprezentant legal, ...
Director executiv al Directiei economice, ...	
Director executiv al Directiei relatii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA Nr. 38

CONDITIILE ACORDARII PACHETULUI DE BAZA PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE IN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZA PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE IN AMBULATORIU

1. Dispozitive de protezare in domeniul O.R.L.

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteza auditiva		5 ani
2	Proteza fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteza traheala	a) Canula traheala simpla	4/an
		b) Canula traheala Montgomery	2/an

1.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive daca medicii de specialitate recomanda protezare bilaterala.

1.2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

2. Dispozitive pentru protezare stomii

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/luna (30 bucati)

	unica utilizare)	b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/luna (15 bucati)
2	B. Sistem stomic cu doua componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flansa suport si sac colector)	1 set**)/ luna
		b) pentru urostomie (flansa suport si sac colector)	1 set**)/ luna

*) In situatii speciale, avand in vedere starea fizica, ocupatia, gradul de mobilitate a asiguratului si complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate si cu acordul asiguratului consemnat pe prescriptia medicala, atat pe exemplarul depus la casa de asigurari de sanatate, cat si pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenta setului poate fi modificata in limita pretului de referinta decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referinta este alcatuit din 4 flanse suport si 15 saci colectori. In situatii speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componenta setului de referinta poate fi modificata in limita pretului de referinta decontat lunar pentru un set de referinta.

2.1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2.2. Pentru asiguratii cu urostomie cutanata dubla, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/luna de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asiguratii cu colostomie/ileostomie dubla la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/luna de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

3. Dispozitive pentru incontinenta urinara

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/luna (30 bucati)
2	Sac colector de urina***)		1 set*)/luna (6 bucati)
3	Sonda Foley		1 set*)/luna (4 bucati)
4	Cateter urinar**)		1 set*)/luna (120 bucati)
5	Banda pentru incontinenta urinara****)		

*) In situatii speciale, avand in vedere starea fizica, ocupatia, gradul de mobilitate a asiguratului si complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate si cu acordul asiguratului consemnat pe prescriptia medicala, atat pe exemplarul depus la casa de asigurari de sanatate, cat si pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenta setului poate fi modificata in limita pretului de referinta decontat lunar pentru un set.

**) se recomanda numai pentru retentie urinara, pentru vezica neurogena si obstructie canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie, reabilitare medicala, oncologie si chirurgie pediatrica.

***) Pentru asiguratii cu urostomie cutanata dubla si nefrostomie bilaterala, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/luna de saci colectori de urina.

****) Se acorda o singura data in viata.

4. Proteze pentru membrul inferior

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteza partiala de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteza pentru dezarticulatia de glezna	SYME	2 ani
3	Proteza de gamba	a) conventionala, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) geriatrica	2 ani
		c) modulara	4 ani
4	Proteza pentru dezarticulatia de genunchi	modulara	4 ani
5	Proteza de coapsa	a) combinata	2 ani
		b) din plastic	2 ani
		c) cu vacuum	2 ani
		d) geriatrica	2 ani
		e) modulara	4 ani
		f) modulara cu vacuum	4 ani

		g) modulara cu manson de silicon	4 ani
6	Proteza de sold	a) conventionala	2 ani
		b) modulara	4 ani
7	Proteza partiala de bazin hemipelvectomie	a) conventionala	2 ani
		b) modulara	4 ani

4.1. Termenul de inlocuire de 2, respectiv 4 ani se considera de la momentul in care asiguratul a intrat in posesia protezei definitive, daca acesta a beneficiat si de proteza provizorie.

4.2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta); termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in coloana C4.

4.4 Proteza de coapsa modulara cu manson de silicon se acorda pentru amputatie ca urmare a complicatiilor diabetului zaharat si ca urmare a afectiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica.

NOTA: Pretul de referinta pentru proteza de coapsa modulara cu manson de silicon se va stabili cu indeplinirea obligatiei furnizorilor, prevazuta la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

5. Proteze pentru membrul superior

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteza partiala de mana	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala	2 ani
2	Proteza de dezarticulatie de incheietura a mainii	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani
		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala actionata mioelectric	8 ani
3	Proteza de antebrat	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani

		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala actionata mioelectric cu pro-supinatie pasiva	8 ani
		d) functionala actionata mioelectric cu pro-supinatie activa	8 ani
4	Proteza de dezarticulatie de cot	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani
		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala atipic electric	8 ani
		e) functionala mioelectrica	8 ani
5	Proteza de brat	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani
		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala atipic electric	8 ani
		e) functionala mioelectrica	8 ani
6	Proteza de dezarticulatie de umar	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani
		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala atipic electric	8 ani
		e) functionala mioelectrica	8 ani
7	Proteza pentru amputatie inter-scapulo- toracica	a) functionala simpla	2 ani
		b) functionala actionata pasiv	2 ani
		c) functionala actionata prin cablu	2 ani
		d) functionala atipic electric	8 ani

5.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta); termenul de inlocuire pentru fiecare

dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in coloana C4.

NOTA: Pretul de referinta se va stabili cu indeplinirea obligatiei furnizorilor, prevazuta la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

6. Orteze

6.1. pentru coloana vertebrala

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/ Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie in trei puncte ptr. scolioza	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.2. pentru membrul superior

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mana	a) cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamica	12 luni
3	Orteze de incheietura mainii - mana	a) fixa	12 luni
		b) dinamica	12 luni
4	Orteze de incheietura mainii - mana - deget	fixa/mobila	12 luni
5	Orteze de cot	cu atela/fara atela	12 luni
6	Orteze de cot - incheietura mainii - mana		12 luni
7	Orteze de umar		12 luni
8	Orteze de umar - cot		12 luni
9	Orteze de umar - cot - incheietura mainii - mana	a) fixa	12 luni
		b) dinamica	12 luni

6.2.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta); termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

6.3. pentru membrul inferior

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru glezna - picior	fixa /mobila	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixa	12 luni
		b) mobila	12 luni

		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi – glezna – picior		12 luni
		a) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de sold		12 luni
6	Orteze de sold – genunchi		12 luni
7	Orteze de sold – genunchi – glezna – picior		12 luni
		a) coxalgiera (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxatii de sold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abductie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statica a piciorului	a) sustinatori plantari cu nr. pana la 23 inclusiv	6 luni
		b) sustinatori plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statica a piciorului, tipurile a), b) si c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire, prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.3.3. * se poate acorda, ori de cate ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta), cu exceptia celor prevazute la pct. 6.3.1; termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

7. Incaltaminte ortopedica

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE

C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformitati cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformitati cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputatii de metatars si falange cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputatii de metatars si falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtari pana 10 cm, cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtari pana la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtari peste 10 cm, cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtari peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformitati cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformitati cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputatii de metatars si falange	6 luni
		cu numere pana la 23 inclusiv	
		d) amputatii de metatars si falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtari pana 8 cm, cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtari pana la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

g) scurtari peste 8 cm, cu numere pana la 23 inclusiv	6 luni
h) scurtari peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

7.1. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta pereche de incaltaminte inainte de termenul de inlocuire prevazut in col. C4, la recomandarea medicului de specialitate ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate in sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiente vizuale

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioara	
		b) ptr. camera posterioara	

Se poate acorda o lentila intraoculara pentru celalalt ochi dupa cel putin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL *)	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continua cu oxigen**)	concentrator de oxigen	
2	Aparat de ventilatie noninvaziva***)	aparat de ventilatie	

*) Aparatele se acorda numai prin inchiriere.

**) Aparatele de administrare continua cu oxigen se acorda numai prin inchiriere pentru urmatoarele afectiuni:

Oxigenoterapie de lunga durata - durata administrarii cotidiene este >/= 15 ore/zi

Indicatii:

a. pacienti cu insuficienta respiratorie cronica, cu hipoxie severa/grava in repaos pentru:

a.1 BPOC - cu una din conditiile:

- PaO2 < 55 mmHG (sau Sat O2 < /= 88%), masurata la distanta de un episod acut
- PaO2 55 – 59 mmHG (sau SatO2 < 90%) masurata la distanta de un episod acut, si/sau semne clinice de cord pulmonar cronic si/sau semne clinice de hipertensiune pulmonara, si/sau poliglobulie (Ht > 55%)
- VEMS postbronhodilatator < 50% din valoarea predictibila

Durata prescriptiei – din 3 in 3 luni, in functie de starea clinica si evolutia afectiunii pentru persoanele care nu sunt incadrate in grad de handicap si de 12 luni pentru persoanele care sunt incadrate in grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanti care fac recomandarea:
- pneumologi care sunt in contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2 alte afectiuni cu insuficienta respiratorie cronica obstructiva sau restrictiva, cu una din conditiile:
- pentru sindromul obstructiv PaO2 < 60 mmHG (sau sat O2 < 90%) si/sau semne clinice de cord pulmonar cronic, si/sau semne clinice de hipertensiune pulmonara, si/sau poliglobulie (Ht > 55%)
- pentru sindromul restrictiv, capacitatea pulmonara totala < /= 60% din valoarea teoretica normala si semne clinice de hipoxie

Durata prescriptiei – din 3 in 3 luni in functie de starea clinica si evolutia afectiunii

Medici curanti care fac recomandarea:
- pneumologi care sunt in contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii medicale, cardiologi, oncologi.

***) Aparatele de ventilatie noninvaziva se acorda numai prin inchiriere pentru urmatoarele afectiuni:
- boala toracica restrictiva (scolioza grava, pectus excavatum – stern infundat, pectus carinatum – torace in carena, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatica, boala pleurala restrictiva)
- boala neuromusculara
- fibroza chistica

Pentru boala toracica restrictiva si boala neuromusculara, alaturi de simptomele de insuficienta respiratorie si alterarea calitatii vietii, trebuie indeplinit cel putin unul dintre criteriile de mai jos:
- hipercapnie cronica diurna cu PaCO2 >/= 45 mm Hg
- hipercapnie nocturna cu PaCO2 >/= 50 mm Hg demonstrata prin analiza gazelor sanguine imediat dupa momentul trezirii
- normocapnie diurna cu cresterea nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurna, demonstrata prin capnometrie transcutanata sau respiratorie

Pentru fibroza chistica, alaturi de simptomele de insuficienta respiratorie si alterarea calitatii vietii, la pacient trebuie indeplinit cel putin unul dintre criteriile de mai jos:
- hipercapnie cronica diurna cu PaCO2 >/= 60 mm Hg
- hipercapnie nocturna cu PaCO2 >/= 65 mm Hg demonstrata prin analiza gazelor sanguine imediat dupa momentul trezirii
- hipercapnie cronica diurna cu PaCO2 >/= 60 mm Hg si cresterea nocturna a nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrata prin capnometrie transcutanata sau respiratorie
- hipercapnie cronica diurna cu PaCO2 >/= 55 – 60 mm Hg si cel putin 2 exacerbari acute cu acidoza respiratorie care au necesitat spitalizare in ultimele 12 luni

- ca urmare directa a unei exacerbari acute care necesita ventilatie invaziva sau neinvaziva, daca valoarea PaCO2 > 55 mm Hg persista chiar si dupa stabilizarea starii.

Durata prescriptiei - din 3 in 3 luni in functie de starea clinica si evolutia afectiunii.

Medici curanti care fac recomandarea:

- medic pneumolog cu atestat in Managementul general, clinic si terapeutic al tulburarilor respiratorii Somnologie (nivel I si II) si in Ventilatie non-invaziva (nivel III) care sunt in contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii medicale.
- medicului cu specialitatea anestezie si terapie intensiva cu atestat in Managementul general, clinic si terapeutic al tulburarilor respiratorii nivel III (ventilatie non-invaziva)) care sunt in contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii medicale.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		doua luni
2.	Nebulizator **)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani

*) Se acorda copiilor cu varsta pana la 5 ani cu bronsita astmatiforma sau astm bronsic, la recomandarea medicului pediatru. Dispozitivul include si sistemul de eliberare automata.

**) Se acorda copiilor cu mucoviscidoza cu varsta pana la 18 ani, la recomandarea medicului pneumolog si pediatru;

NOTA : Preturile de referinta se vor stabili cu indeplinirea obligatiei furnizorilor, prevazuta la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

11. Dispozitive de mers

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Carja	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an

		b) cu sprijin subaxilar metalica	3 ani
		c) cu sprijin pe antebrat metalica	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioada nedeterminata	
		a) cu antrenare manuala/electrica	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioada determinata*)	
		a) cu antrenare manuala	
		b) triciclu pentru copii	

Pentru un asigurat se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta) din cele prevazute la pct. 1, 2 si 3; termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

*) se acorda prin inchiriere.

12. Proteza externa de san

NR CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE INLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteza externa de san si accesorii (sutien)		3 ani

Se acorda pentru femei care au suferit interventii chirurgicale - mastectomie totala; se pot acorda doua dispozitive medicale de acelasi tip (stanga-dreapta), dupa caz; termenul de inlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele doua (stanga-dreapta) este cel prevazut in col. C4.

Medici curanti care fac recomandarea: chirurgie generala, chirurgie plastica, estetica si microchirurgie reconstructiva si oncologie medicala

NOTA: Pretul de referinta se va stabili cu indeplinirea obligatiei furnizorilor, prevazuta la art. 153 lit. f) din anexa nr. 2 la HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

B. Pachetul de servicii pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului economic european/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala si pentru pacientii din statele cu care Romania a

incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 se acorda dispozitive medicale in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitivele prevazute la lit. A din prezenta anexa.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, se acorda dispozitive medicale in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitivele medicale prevazute la lit. A din prezenta anexa, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 39

MODALITATEA
de prescriere, procurare si decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

Art. 1. – (1) Dispozitivele medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu se acorda pentru o perioada determinata ori nedeterminata, in baza unei prescriptii medicale sub forma unei recomandari medicale tipizate conform modelului prevazut in anexa nr. 39 D la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare, eliberate de medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, direct sau prin reprezentantul legal, in conditiile prezentelor norme.

(2) Prescriptia medicala se elibereaza in 3 exemplare, dintre care un exemplar ramane la medic, un exemplar insoteste cererea si se depune la casa de asigurari de sanatate si un exemplar ramane la asigurat, pe care il preda furnizorului de dispozitive medicale impreuna cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberata de casa de asigurari de sanatate. Prescriptia medicala trebuie sa contina denumirea si tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescriptia medicala va contine in mod obligatoriu numele casei de asigurari de sanatate cu care medicul care elibereaza prescriptia medicala se afla in relatie contractuala si numarul contractului.

Prescriptia medicala va fi intocmita in limita competentei medicului prescriptor.

(3) Prescriptia medicala pentru protezarea auditiva trebuie sa fie insotita de audiograma tonala liminara si audiograma vocala, eliberate

de un furnizor autorizat si evaluat care se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocala se poate excepta. Audiogramele contin numele si prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data si locul efectuarii, dovada calibrarii/etalonarii anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescriptia medicala pentru protezarea vizuala - implant cu lentile intraoculare - trebuie sa fie insotita de biometria eliberata de un furnizor de servicii medicale autorizat si evaluat, aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) In cazul protezarii membrului inferior, dupa o interventie chirurgicala, un asigurat poate beneficia inaintea protezarii definitive, de o proteza provizorie. In aceasta situatie medicul care face recomandarea va mentiona pe prescriptia medicala modul de protezare si tipul protezei definitive. In situatii speciale, pentru acelasi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o alta protezare care sa cuprinda atat proteza provizorie cat si proteza definitiva sau direct proteza definitiva.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii in cazul pacientilor cu stome permanente si pentru dispozitive pentru incontinenta/retentie urinara, in cazul pacientilor cu incontinenta urinara permanenta, medicul va mentiona pe prescriptia medicala "stoma permanenta" respectiv "incontinenta urinara permanenta".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, recomandarea se poate face si de catre medicul de familie pe lista caruia se afla inscris asiguratul, aflat in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate unde este in evidenta si asiguratul, in baza scrisorii medicale/bilet de iesire din spital transmisa de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate. Prescriptia medicala va contine in mod obligatoriu in acest caz si numele casei de asigurari de sanatate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital, se afla in relatie contractuala si numarul contractului incheiat de catre acesta sau reprezentantul legal; biletul de iesire din spital va contine obligatoriu si explicit toate elementele prevazute in modelul de scrisoare medicala.

(8) Prescriptiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva trebuie sa fie insotite de documente medicale din care sa rezulte indeplinirea conditiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, conditii prevazute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.

(9) In prescriptia medicala se va mentiona obligatoriu ca deficienta organica sau functionala nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de munca ori sportiv. In acest sens, se solicita o declaratie a asiguratului pe propria raspundere din care sa rezulte ca deficienta organica sau functionala nu a aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv; declaratia ramane la medicul care intocmeste prescriptia.

Art. 2. - (1) Pentru obtinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal in acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurari de sanatate in evidentele careia se afla asiguratul beneficiar al dispozitivului, actul de identitate (in copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare, prescriptia medicala pentru dispozitivul medical, declaratia pe propria raspundere din care sa rezulte ca deficienta

organica sau functionala nu a aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv si certificatul de incadrare in grad si tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, dupa caz. Pentru copiii in varsta de pana la 14 ani se ataseaza prescriptia medicala pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, si certificatul de nastere (in copie), cu codul numeric personal – CNP/cod unic de asigurare. Copiile se vizeaza de casa de asigurari de sanatate pe baza originalelor.

(2) Prescriptiile medicale isi pierd valabilitatea daca nu sunt depuse la casa de asigurari de sanatate in termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescriptiile medicale in care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate si care reprezinta interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) In situatia pacientilor cu stome permanente pentru obtinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescriptia medicala pe care este completata mentiunea "stoma permanenta" se depune impreuna cu prima cerere la casa de asigurari de sanatate o singura data pentru un interval de 12 luni consecutive. In situatia pacientilor cu incontinenta/retentie urinara permanenta pentru obtinerea dispozitivelor de incontinenta urinara, prescriptia medicala pe care este completata mentiunea incontinenta/retentie urinara permanenta se depune impreuna cu prima cerere la casa de asigurari de sanatate o singura data, pentru un interval de 12 luni consecutive.

(4) Prescriptia medicala pentru inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen se depune impreuna cu prima cerere la casa de asigurari de sanatate, o singura data pentru un interval de 6 luni consecutive.

Art. 3. – (1) Casa de asigurari de sanatate, in termen de cel mult 3 zile lucratoare de la data inregistrarii cererii, este obligata sa ia o hotarare privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de catre casa de asigurari de sanatate se face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) In cazul acceptarii, cererile sunt supuse aprobarii si, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/inchirierea dispozitivului medical in limita fondului aprobat cu aceasta destinatie. Decizia se ridica de la casa de asigurari de sanatate de catre beneficiar, unul din membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal in acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediaza prin posta in maximum 2 zile de la emitere in cazul in care asiguratul solicita prin cerere. In situatia in care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depasirea fondului lunar aprobat se intocmesc liste de prioritate pentru asigurati, pe categorii de dispozitive medicale. In acest caz decizia se emite in momentul in care fondul aprobat cu aceasta destinatie permite decontarea dispozitivului medical, in ordinea listei de prioritate, casa de asigurari de sanatate fiind obligata sa transmita asiguratului prin adresa scrisa, expediata prin posta, decizia in termen de 2 zile lucratoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescriptiei medicale – numai pentru situatiile in care se impune revizuirea prescriptiei. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordarii unui dispozitiv medical este prevazut in anexa nr. 39 A la ordin. Casele de asigurari de sanatate

intocmesc un centralizator zilnic al deciziilor emise care va contine in mod obligatoriu semnaturile conducerii, viza juridica si viza de control financiar preventiv, pe fiecare pagina.

(3) Criteriile de prioritate precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si de nivelul de urgenta stabilite de serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul Consiliului de administratie si se aproba prin decizie de catre presedintele-director general si se publica pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical si se elibereaza in doua exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurari de sanatate prin posta sau care se ridica direct de la casa de asigurari de sanatate si un exemplar ramane la casa de asigurari de sanatate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii si incontinenta urinara este valabila pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala, care nu poate fi mai mare de 90 /91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii si incontinenta urinara este insotita de o anexa cu 3 taloane, corespunzator perioadelor lunare, pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala, conform modelului prezentat in anexa nr. 39 B la ordin.

(6) In cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurari de sanatate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru acelasi tip de proteza pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie si proteza definitiva). Decizia pentru proteza definitiva, se emite, la solicitarea asiguratului, dupa minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) In cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguratilor pe o perioada nedeterminata sau determinata - prin inchiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva se vor acorda pe o perioada determinata prin inchiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/inchirierea dispozitivelor medicale. Perioada de inchiriere nu poate depasi data la care inceteaza valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale incheiate intre casa de asigurari de sanatate si furnizori. La incheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acorda pentru o perioada determinata, furnizorii prezinta lista cuprinzand tipurile de dispozitive si numarul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru inchirierea fotoliilor rulante este valabila pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie decizia de aprobare este valabila pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, dupa caz. Pentru aparatele de ventilatie noninvaziva decizia de aprobare este valabila pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala si nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru inchirierea fotoliilor rulante, aparatelor pentru administrarea continua cu oxigen si ventilatie noninvaziva, este insotita de o anexa cu 3 sau 12 taloane, dupa caz, corespunzator perioadelor lunare, pentru perioada prevazuta in prescriptia medicala, conform modelului prezentat in anexa nr. 39 D la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de catre casa de asigurari de sanatate, cu

exceptia situatiilor prevazute la alin. (5) si (8). In cazul dispozitivului efectuat la comanda, furnizorul de dispozitive medicale instiinteaza casa de asigurari de sanatate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii acestora.

Art. 4. – (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, in cazul dispozitivelor la comanda (inclusiv pentru protezele auditive), sau, in cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comanda, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal in acest sens de catre asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adreseaza, in perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluati, cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract, cu urmatoarele documente: decizia emisa de casa de asigurari de sanatate si prescriptia medicala.

Imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacientii cu stome permanente care in intervalul de 12 luni consecutive, dupa expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc sa se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decat cel la care au depus prescriptia medicala cu mentiunea "stoma permanenta", este necesara obtinerea unei alte prescriptii medicale cu mentiunea "stoma permanenta" care sa insoteasca decizia emisa de casa de asigurari de sanatate. Aceasta prevedere se aplica in mod corespunzator si pacientilor cu incontinenta/retentie urinara permanenta.

(3) In cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinenta urinara, fotolii rulante si echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva decizia va fi insotita de talonul corespunzator perioadei lunare aferente, urmand ca pentru fiecare perioada lunara sa predea aceluiasi furnizor si celelalte taloane.

Art. 5. – Lista dispozitivelor medicale destinate recuperarii deficientelor organice sau functionale in ambulatoriu, prevazuta in anexa nr. 38 la ordin, conform pachetului de servicii de baza, cuprinde termenele de inlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de inlocuire incepe sa curga din momentul in care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

Art. 6. – (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioada nedeterminata se face de catre casele de asigurari de sanatate, furnizorilor, la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au incheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioada determinata se face de catre casele de asigurari de sanatate, furnizorilor, la nivelul sumei de inchiriere valabila in momentul emiterii deciziei de aprobare pentru inchirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au incheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) In vederea decontarii furnizorul de dispozitive medicale depune la casa de asigurari de sanatate, facturile insotite de:

- copia certificatului de garantie,

- declaratie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comanda, dupa caz, conform prevederilor legale in vigoare,

- audiogramele efectuate dupa protezarea auditiva de catre un furnizor autorizat si evaluat. Audiogramele contin numele si prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data si locul efectuarii, dovada calibrarii/etalonarii anuale a audiometrelor utilizate.

- taloanele corespunzatoare perioadelor lunare, in original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinenta urinara, fotolii rulante si echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva, dupa caz,

- dovada verificarii tehnice, dupa caz, in cazul inchirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante si echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva.

- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de catre furnizor prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat si primirea la domiciliu, se face sub semnatura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia – parinte, sot/sotie, fiu/fiica, imputernicit legal, reprezentant legal – cu specificarea domiciliului la care s-a facut livrarea, a actului de identitate si a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semneaza de primire, situatii in care nu este necesara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate;

In situatia in care dispozitivul medical se ridica de la furnizor de catre beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical in vederea decontarii acestuia se face utilizand cardul national de asigurari sociale de sanatate al beneficiarului / adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul.

In situatia in care ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de catre un membru al familiei beneficiarului – parinte, sot/sotie, fiu/fiica, imputernicit legal, reprezentant legal –, se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul acestuia;

(4) Decontarea in cazul protezarilor pentru membrul superior si/sau inferior se face dupa depunerea de catre asigurat, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validata (confirmata) de medicul de specialitate. In cazul in care asiguratul, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(5) In cazul protezelor pentru membrul inferior, dupa o interventie chirurgicala, daca asiguratul beneficiaza inaintea protezarii definitive, de o proteza provizorie, decontarea se face pentru acelasi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontata va fi pana la nivelul pretului de referinta valabil

in momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontata pentru proteza definitiva reprezinta valoarea ramasa pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei respective valabil in momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin exceptie, in situatia in care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat si evaluat aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; decontarea protezei definitive se face in aceleasi conditii, respectiv pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei.

(6) Decontarea, in cazul protezelor auditive, se face dupa depunerea de catre asigurat, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare intocmit de catre un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonala si vocala in camp liber etc.), efectuate inainte si dupa protezare. In cazul in care asiguratul, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(7) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa tina evidente distincte pentru sumele decontate reprezentand contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004, respectiv pacientilor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

Art. 7. – (1) Pe toata perioada de inchiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care ramane proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, avand obligatia ca in cazul recuperarii dispozitivului dupa incetarea perioadei de inchiriere la termen/inainte de termen sa anunte in termen de 5 zile lucratoare casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza partial suma de inchiriere a dispozitivului medical corespunzatoare perioadei lunare, proportional cu numarul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

Art. 8. – (1) Certificatul de garantie predat de catre furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acorda pe perioada nedeterminata, trebuie sa precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producatorului, numele reprezentantului autorizat al producatorului sau numele distribuitorului, dupa caz; tipul; numarul lotului precedat de cuvantul "lot" sau nr. de serie, dupa caz); data fabricatiei si, dupa caz, data expirarii; termenul de garantie.

(2) In cadrul termenului de garantie asiguratii pot sesiza furnizorul in legatura cu eventualele deficiente ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, daca aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. In acest caz repararea sau inlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzator va fi asigurata si suportata de catre furnizor.

ANEXA Nr. 39 A
- model -

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .
Decizia nr. . . . . din data . . . . . .
Presedintele - Director General al Casei de Asigurari de Sanatate . . . . . .

Avand in vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare precum si prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare.

Vazand cererea nr. . . . . inregistrata la Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . in data de . . . . . depusa de beneficiar, nume si prenume . . . . . sau de unul din membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal in acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, Adresa completa, telefon) . . . . . beneficiar domiciliat in . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., prescriptia medicala pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale eliberata de medicul de specialitate dr. . . . . ., din unitatea sanitara . . . . . ., declaratia pe proprie raspundere din care sa rezulte ca deficienta organica sau functionala nu a aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv;

In temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea presedintelui - director general al Casei de Asigurari de Sanatate nr. . . . . .

DECIDE

Art. 1. - Se aproba procurarea/inchirierea urmatorului dispozitiv medical destinat recuperarii unor deficiente organice sau functionale . . . . . .

. . . . . .

pe o perioada de . . . . . termen de inlocuire de . . . . . pentru numitul . . . . . .

Art. 2. – Pretul de referinta/suma de inchiriere suportat/a de catre Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . este: . . . . . .

Art. 3. – Prezenta decizie are o valabilitate de . . . . . zile calendaristice de la data de . . . . . .

Art. 4. – Prezenta decizie s-a intocmit in doua exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar ramane la casa de asigurari de sanatate.

Presedinte – Director General,

. . . . . .

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUATI AFLATI IN RELATIE CONTRACTUALA CU CASA DE ASIGURARI DE SANATATE . . . . . . CARE FURNIZEAZA/INCHIRIAZA DISPOZITIVUL MEDICAL . . . . . TIP . . . . . .

Furnizor de dispozitive medicale	Adresa completa sediu social/ lucrativ (adresa, telefon, fax, pagina web)	Adresa completa punct de lucru
1		
2		
. . .		

ANEXA Nr. 39 B

– model –

ANEXA 1

LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII SI INCONTINENTA URINARA NR. . . . . /. . . . . .

– Prezenta anexa se preda impreuna cu decizia;

– CAS va stampila rubrica aferenta fiecarei perioade lunare pentru care este valabila decizia;

– Se incepe completarea taloanelor de jos in sus;

– Asiguratul preda furnizorului decizia impreuna cu talonul corespunzator perioadei lunare aferente, urmand ca pentru fiecare perioada lunara sa predea aceluiasi furnizor si celelalte taloane.

– In cazul expedierii prin posta a talonului, coloana C6 nu se completeaza, luandu-se in considerare documentele ce confirma expedierea prin posta si primirea la domiciliu;

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume si prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. /data	Data si semnatura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA Nr. 39 C
- model -

ANEXA 1
LA DECIZIA DE INCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE SI A ECHIPAMENTELOR PENTRU OXIGENOTERAPIE SI VENTILATIE NONINVAZIVA
NR. . . . . ./ . . . . . .

- Prezenta anexa se preda impreuna cu decizia;
- CAS va stampila rubrica aferenta fiecarei perioade lunare pentru care este valabila decizia;
- Se incepe completarea taloanelor de jos in sus;
- Asiguratul preda furnizorului decizia impreuna cu talonul corespunzator perioadei lunare aferente, urmand ca pentru fiecare perioada lunara sa predea aceluiasi furnizor si celelalte taloane.

PENTRU FOTOLII RULANTE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume si prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. /data	Data si semnatura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume si prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. /data	Data si semnatura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume si prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. /data	Data si semnatura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					

2					
1					

PENTRU ECHIPAMENTE DE VENTILATIE NONINVAZIVA

Nr. talon	Perioada zi/luna/an	Nume si prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr. /data	Data si semnatura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA Nr. 39 D

- model -

PRESCRIPTIE MEDICALA - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERARII UNOR DEFICIENTE ORGANICE SAU FUNCTIONALE

Nr. . . . . ./ . . . . . .*)

Unitatea medicala . . . . . |_| MF

Adresa . . . . . |_| Ambulatoriu

|_| Spital

Stat membru: ROMANIA

CUI . . . . . .

Nr. contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . .

(pentru medicul care intocmeste prescriptia medicala - recomandarea)

Nr. contract . . . . . incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate

. . . . . se completeaza cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital (numai pentru situatiile in care medicul de familie pe lista

caruia se afla inscris asiguratul, intocmeste prescriptie medicala - recomandare)

Nume, prenume medic . . . . . Cod parafa medic . . . . . .

Specialitatea medicului prescriptor . . . . . .

Date contact medic prescriptor:

- telefon/fax medic prescriptor . . . . . (se va completa inclusiv prefixul de tara)

- e-mail medic prescriptor . . . . . .

1. Numele si prenumele asiguratului . . . . . (se va completa in intregime numele si prenumele asiguratului)

2. Data Nasterii . . . . . .

3. Domiciliul . . . . . .

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului . . . . . .

5. Diagnosticul medical si diagnostic boli asociate: . . . . . .

6. Deficienta organica sau functionala

- nu este ca urmare a unei boli profesionale	|_| (se bifeaza casuta)
- nu este ca urmare a unui accident de munca ori sportiv.	|_| (se bifeaza casuta)

7. Pentru stomii si incontinenta urinara se bifeaza una din casutele:

\|_\| permanenta

\|_\| temporara

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie se bifeaza una dintre casutele:

- cu certificat de incadrare in grad de handicap grav sau accentuat \|_\|

- fara certificat de incadrare in grad de handicap grav sau accentuat \|_\|

9. Denumirea si tipul dispozitivului medical recomandat: (din anexa nr. 38 la ordin**))

. . . . . .

. . . . . .

Stampila furnizorului de servicii medicale

Data emiterii prescriptiei . . . . . .

Semnatura (olografa sau electronica, dupa caz) si parafa medicului . . . . . .

*) Se va completa cu numarul din registrul de consultatii/foaie de observatie

**) Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei

medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare

Recomandarea se elibereaza numai daca deficienta organica sau functionala nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de munca ori sportiv.

ANEXA Nr. 40
– model –

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

I. Partile contractante
Casa de asigurari de sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . si
Furnizorul de dispozitive medicale . . . . . ., prin reprezentantul legal . . . . . sau imputernicitul legal al acestuia . . . . . ., dupa caz,
– avand sediul social in localitatea . . . . . ., judetul/sectorul . . . . . str. . . . . nr. . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . .,
– se va mentiona si punctul/punctele de lucru din judet cu informatiile solicitate anterior, dupa caz.

II. Obiectul contractului
Art. 1. – Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 – 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

III. Dispozitive medicale furnizate
Art. 2. – Dispozitivele medicale furnizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate sunt prevazute in anexa nr. 38 la Ordinul

ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si constau in:

a) . . . . . ;

b) . . . . . ;

c) . . . . . .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri si tipuri.

IV. Durata contractului

Art. 3. – Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

Art. 4. – Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

Art. 5. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizati si evaluati, astfel incat sa se asigure punerea in aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, si sa se faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurari de sanatate, lista in ordine alfabetica a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

b) sa informeze in prealabil intr-un numar de zile similar celui prevazut la art. 10 alin. (1) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, furnizorii de dispozitive medicale asupra conditiilor de contractare, precum si in cazul modificarilor aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative; sa informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate.

c) sa emita decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale si in limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurarii/inchirierii de dispozitive medicale este prevazut in anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

d) sa precizeze in decizia de procurare/inchiriere a dispozitivului medical pretul de referinta/suma de inchiriere suportat/suportata de casa de asigurari de sanatate din Fond pentru dispozitivul medical si sa specifice pe versoul deciziei, in ordine alfabetica, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizeaza dispozitivul medical aprobat in decizie, cu care casa de asigurari de sanatate se afla in relatii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru, pentru informarea asiguratului;

e) sa respecte dreptul asiguratului de a-si alege furnizorul de dispozitive medicale;

f) sa efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de catre furnizor si a documentelor obligatorii care le insotesc. Validarea documentelor justificative se efectueaza in termen de 10 zile lucratoare de la data primirii documentelor;

g) sa verifice daca emitentul prescriptiei medicale se afla in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate. Prin emitent se intelege furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa inmaneze la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau, dupa caz, sa comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data finalizarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

j) sa publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatia dispozitive medicale in ambulatoriu, precum si orice modificare a acestuia pe parcursul anului.

k) sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale.

B. Obligatiile furnizorului de dispozitive medicale

Art. 6. – Furnizorul de dispozitive medicale are urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile legale privind conditiile de introducere pe piata, de comercializare si de punere in functiune a dispozitivelor medicale;

b) sa livreze dispozitivul medical in conformitate cu recomandarea medicului si sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale in vigoare, in cazul dispozitivelor medicale care necesita service;

c) sa livreze dispozitivele medicale si sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care detin dovada de evaluare;

d) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea si buna functionare a dispozitivului medical;

e) sa livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat in nota de comanda, astfel incat datele avute in vedere de catre medicul specialist la emiterea recomandarii medicale sa nu sufere modificari, in conditiile in care asiguratul respecta programarea pentru proba si predarea dispozitivului medical la comanda;

f) sa transmita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vederea calcularii preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere, preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 152 alin. (1) lit. g) din H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare, insotite de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii si/sau de declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz;

g) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) sa intocmeasca si sa depuna la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile insotite de documentele necesare in vederea decontarii dispozitivelor medicale in ambulatoriu, conform si in conditiile stabilite in anexa nr. 39 Ordinul ministrului sanatatii si presedint elui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr . . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare in anul 2015 a HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate; imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor;

i) sa respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate, in cazul dispozitivelor medicale la comanda, despre primirea deciziilor de aprobare, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii acestora;

k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Incepand cu data implementarii sistemului de raportare in timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluati pentru indeplinirea acestei obligatii;

l) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

m) sa respecte toate prevederile legale in vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentand in acest sens casei de

asigurari de sanatate cu care incheie contract documentele justificative;

n) sa reinnoiasca, pe toata perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului si dovada asigurarii de raspundere civila pentru furnizor – atat pentru sediul social lucrativ, cat si pentru punctele de lucru, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

o) sa asigure acordarea dispozitivelor medicale, in baza prescriptiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa asigure, dupa caz, acordarea dispozitivelor medicale, in baza prescriptiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

p) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, si sa raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale si dupa caz de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

q) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, si sa raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale si dupa caz de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

r) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii dispozitivelor medicale, cu exceptia situatiilor prevazute in anexa nr. 39 la Ordinul ministrului sanatatii si presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr . . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare in

anul 2015 a HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare; dispozitivele medicale din pachetul de baza, acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

s) sa anunte in termen de 5 zile lucratoare casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical dupa perioada de inchiriere la termen/inainte de termen.

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Dispozitivele medicale eliberate off-line, se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul eliberarii, pentru dispozitivele eliberate in luna pentru care se face raportarea. Dispozitivele medicale din pachetul de baza eliberate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea eliberarii dispozitivelor medicale.

VI. Modalitati de plata

Art. 7. - (1) Documentele in baza carora se face decontarea se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data de . . . . . a fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru realitatea si exactitatea datelor raportate prin semnatura reprezentantilor legali ai furnizorilor.

Art. 8. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta. Daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, si factura.

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

deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta respectiv pretul de referinta, daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta sau bon fiscal sau, la cererea asiguratului, si factura.

(4) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mari decat suma de inchiriere a acestui dispozitiv medical, stabilita conform metodologiei aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casa de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere cea mai mica. In situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mici sau mai mari decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurari de sanatate deconteaza partial suma de inchiriere a dispozitivului medical corespunzator perioadei lunare, proportional cu numarul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice.

Art. 9. – (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioada nedeterminata se face de catre casele de asigurari de sanatate, furnizorului, la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisa de furnizor este insotita dupa caz, de:

- copia certificatului de garantie,
- declaratie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comanda, dupa caz, conform prevederilor legale in vigoare,
- audiogramele efectuate dupa protezarea auditiva de catre un furnizor autorizat si evaluat. Audiogramele contin numele si prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data si locul efectuarii, dovada calibrarii/etalonarii anuale a audiometrelor utilizate.
- taloanele corespunzatoare perioadelor lunare, in original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinenta urinara, fotolii rulante si aparate pentru administrare continua cu oxigen, dupa caz,

- dovada verificarii tehnice, dupa caz, in cazul inchirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante si echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva.

- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de catre furnizor prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat si primirea la domiciliu, se face sub semnatura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia – parinte, sot/sotie, fiu/fiica, imputernicit legal, reprezentant legal – cu specificarea domiciliului la care s-a facut livrarea, a actului de identitate si a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semneaza de primire, situatii pentru in care nu este necesara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate;

In situatia in care dispozitivul medical se ridica de la furnizor de catre beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical in vederea decontarii acestuia se face utilizand cardul national de asigurari sociale de sanatate al beneficiarului / adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul.

In situatia in care, ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de catre un membru al familiei beneficiarului – parinte, sot/sotie, fiu/fiica, imputernicit legal, reprezentant legal – , se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul acestuia.

(2) Decontarea in cazul protezarilor pentru membrul superior si/sau inferior se face dupa depunerea de catre asigurat, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validata (confirmata) de medicul de specialitate. In cazul in care asiguratul, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(3) In cazul protezelor pentru membrul inferior, dupa o interventie chirurgicala, daca asiguratul beneficiaza inaintea protezarii definitive, de o proteza provizorie, decontarea se face pentru acelasi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontata va fi pana la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontata pentru proteza definitiva reprezinta valoarea ramasa pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei respective valabil in momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin exceptie, in situatia in care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat si evaluat aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; decontarea protezei definitive se face in aceleasi conditii, respectiv pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei.

(4) Decontarea, in cazul protezelor auditive, se face dupa depunerea de catre asigurat, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare intocmit de catre un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonala si vocala in camp liber etc.), efectuate inainte si dupa protezare. In cazul in care asiguratul, unul din membrii familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita legal de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioada determinata se face de catre casele de asigurari de sanatate, la nivelul sumei de inchiriere valabila in momentul emiterii deciziei de aprobare pentru inchirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au incheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toata perioada de inchiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care ramane proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, avand obligatia ca in cazul recuperarii dispozitivului dupa incetarea perioadei de inchiriere la termen/inainte de termen sa anunte in termen de 5 zile lucratoare casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract.

(7) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale si asigurarea accesului asiguratilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivelor medicale emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si de nivelul de urgenta, se stabilesc de catre serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul Consiliului de administratie, se aproba prin decizie de catre presedintele-director general si se publica pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Art. 10. – Plata dispozitivelor medicale se face in contul furnizorului de dispozitive medicale nr. . . . . deschis la Trezoreria statului/banca.

Art. 11. – Decontarea dispozitivelor medicale se face in termen de 30 de zile de la data validarii documentelor necesare a fi depuse in vederea decontarii.

Validarea documentelor de catre casele de asigurari de sanatate se face in termen de 10 zile lucratoare de la data depunerii acestora.

VII. Raspunderea contractuala

Art. 12. – Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

VIII. Clauza speciala

Art. 13. – (1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului, si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv Municipiul Bucuresti prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

IX. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

Art. 14. – Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a avizului de functionare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu detine certificat de inregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sanatatii, si/sau declaratia de conformitate CE emisa de producator, dupa caz;

d) la prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 18 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate toate documentele justificative si pe cele de evidenta financiar-contabila privind livrarea, punerea in functiune si service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind decontarea din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) daca din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice.

Art. 15. – (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) incetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) incetarea definitiva a activitatii caselor de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 16 lit. d), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului si a retragerii avizului de functionare a furnizorului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica in conditiile alin. (2) si (3), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) si (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

Art. 16. – Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspenda incepand cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

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

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz pe baza de documente justificative;

c) nerespectarea de catre furnizori a termenelor de plata a contributiei la Fond, de la data constatarii de catre casele de asigurari de sanatate ca urmare a controalelor efectuate de catre acestea la furnizori, pana la data la care acestia isi achita obligatiile la zi sau pana la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face dupa 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurari de sanatate a efectuat ultima plata catre furnizor;

d) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 152 alin. (1) lit. a) - c) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si nerespectarea obligatiei prevazute la art. 6 lit. n), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea/dobandirea acestuia; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/retragerii/revocarii acestuia.

Art. 17. - Situatiile prevazute la art. 14 si art. 15 alin. (1) lit. a) si c) se constata din oficiu de catre casa de asigurari de sanatate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatia prevazuta de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

Art. 18. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 6 lit. a) - e), g) - m), o) - q) si s) se aplica urmatoarele masuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) Retinerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plata ce urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

X. Corespondenta

Art. 19. - Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor - sediul casei de asigurari de sanatate si la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat in contract. Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XI. Modificarea contractului

Art. 20. - Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de

modificare cu cel putin . . . . . zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se va face printr-un act aditional semnat de ambele parti care va constitui anexa la prezentul contract.

Art. 21. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Art. 22. – Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

XII. Solutionarea litigiilor

Art. 23. – (1) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate pe cale amiabila dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate conform alin. (1) se solutioneaza de catre Comisia de Arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

XIII. Alte clauze:

. . . . . .

. . . . . .

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Presedinte – director general, ... Director executiv al Directiei economice, ... Director executiv al Directiei relatii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE Reprezentant legal, ...

ANEXA Nr. 41
– model –

CONVENTIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala

I. Partile conventiei

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., tel./fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte – director general . . . . . ., si

Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . cod parafa . . . . . Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania/ Colegiului Medicilor Dentisti din Romania nr. . . ./ . . . . . din cabinetul medical/unitatea sanitara . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul/comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . ., bl. . . ., sc. . . ., et. . . ., ap. . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . .

II. Obiectul conventiei

Art. 1. – Obiectul prezentei conventii il constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, in vederea recunoasterii acestora in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 2. – (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de catre:

a) medicii din cabinetele medicale scolare/studentesti numai pentru elevi, respectiv studenti; cu domiciliul in alta localitate decat cea in care se afla unitatea de invatamant respectiva;

b) medicii care acorda asistenta medicala din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati; numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acorda asistenta medicala din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii incredintati ori dati in plasament si numai in conditiile in care acestia nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acorda asistenta medicala din alte institutii de ocrotire sociala, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica;

f) medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti numai pentru elevi, respectiv studenti, medicii dentisti, dentisti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se face de catre:

a) medicii/medicii dentisti din cabinetele scolare si studentesti;

b) medicii care acorda asistenta medicala din caminele de batrani;

c) medicii care acorda asistenta medicala din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati;

d) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica;

e) medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice se face de catre:

a) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica;

b) medicii dentisti din cabinetele stomatologice scolare si studentesti pentru elevi, respectiv studenti si medicii dentisti, dentisti din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentara retro-alveolara si panoramica,

(4) Prin medicii/medicii dentisti din cabinete scolare si studentesti mentionati la alin. (1) - (3) se intelege medicii din cabinetele medicale si stomatologice din scoli si unitati de invatamant superior, care sunt finantate de la bugetul de stat.

III. Prezenta conventie este valabila de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

IV. Obligatiile partilor

Art. 3. - Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa informeze medicii cu care incheie conventii asupra conditiilor in care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigatiile medicale paraclinice si/sau prescriptii medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, in tratamentul ambulatoriu;

b) sa controleze medicii privind modul de desfasurare a activitatii ce face obiectul prezentei conventii;

c) sa tina evidente distincte ale prescriptiilor medicale electronice /prescriptiilor cu regim special, eliberate de acestia;

d) sa monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu si fara contributie personala, pe medic si pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta conform criteriilor din platforma informatica din asigurarile de sanatate;

e) sa monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a incheiat conventii;

f) sa monitorizeze lunar investigatiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a incheiat conventii.

Art. 4. - Medicii care elibereaza biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigatii

medicale paraclinice si/sau care elibereaza prescriptii medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

b) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si demnitatea si intimitatea acestora; sa asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre orice modificare privind conditiile care au stat la baza incheierii conventiei;

d) sa puna la dispozitie organelor de control ale casei de asigurari de sanatate documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberarii biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau a eliberarii prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala;

e) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

f) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala din sistemul asigurarilor sociale de sanatate; sa furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale in vigoare si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii, corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, in concordanta cu diagnosticul, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

g) sa prescrie medicamente in urmatoarele conditii:

- medicii din cabinetele medicale scolare si studentesti prescriu medicamente in caz de urgenta medicala, numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile, numai pentru elevii si studentii care urmeaza o forma de invatamant in alta localitate decat cea de resedinta; medicii respectivi au obligatia sa transmita prin scrisoare medicala medicului de familie la care este inscris elevul sau studentul diagnosticul si tratamentul prescris;
- medicii de medicina dentara si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti pot prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile si numai ca o consecinta a actului medical propriu;
- medicii din caminele de batrani pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, daca nu sunt inscrisi in lista unui medic de familie;
- medicii din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt inscrise in lista unui medic de familie;
- medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala,

cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, corespunzator DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, conform specializarii si numai ca o consecinta a actului medical propriu, pentru perioadele prevazute la art. 145 alin. (7) din HG nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare;

- medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala, numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile.

h) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate: bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice si paraclinice si prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare. In cazul nerespectarii acestei obligatii, casele de asigurari de sanatate recupereaza de la acestia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alti furnizori in baza acestor formulare si decontate de casele de asigurari de sanatate din fond; sa completeze formularele electronice de bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice si paraclinice, de la data la care acestea se implementeaza;

i) sa utilizeze prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare;

j) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

k) sa solicite/sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

Art. 5. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei prevazute la art. 4 lit. j), se recupereaza o suma egala cu contravaloarea prescriptiilor medicale electronice off-line neintroduse in sistemul informatic, prescrise si eliberate.

(2) Recuperarea sumelor prevazute la alin. (1) si la art. 4 lit. h) se face prin plata directa sau prin executare silita atat pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cat si pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(3) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare.

(4) Pentru cazurile prevazute la alin. (1) si (2) casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic.

(5) Pentru punerea in aplicare a sanctiunii prevazute la alin. (1) nerespectarea obligatiei de la art. 4 lit. j), se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line.

V. Incetarea si rezilierea conventiei

Art. 6. – Prezenta conventie se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei de libera practica/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania/Colegiului Medicilor Dentisti din Romania a medicului care elibereaza bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau elibereaza prescriptii medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 4 lit. a) – h) asumate prin prezenta conventie, constatata cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurari de sanatate;

c) neanuntarea casei de asigurari de sanatate cu privire la orice modificare in legatura cu conditiile care au stat la baza incheierii conventiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, anterior producerii acestora sau cel mai tarziu la 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii;

d) refuzul medicului de a pune la dispozitie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, potrivit prezentei conventii, conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratilor in tratamentul ambulatoriu, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare in domeniul sanatatii, inclusiv prescrieri fara aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, acolo unde este cazul.

Art. 7. – Prezenta conventie inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii;

a1) medicul nu mai desfasoara activitate in cabinetul medical/unitatea sanitara din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat conventie;

a2) incetare prin desfiintare sau reprofilare, dupa caz, a cabinetului medical/unitatii sanitare in care isi desfasoara activitatea medicul care a incheiat conventia;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania/Colegiului Medicilor Dentisti din Romania.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a conventiei de catre medic sau de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea conventiei.

Art. 8. – Situatiile prevazute la art. 6 si la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) si a5) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatia prevazuta la art. 7 lit. a) subcpt. a1), se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

VI. Corespondenta

Art. 9. – Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte din conventie este obligata ca, in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie, sa notifice celeilalte parti schimbarea survenita.

VII. Modificarea conventiei

Art. 10. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Prezenta conventie a fost incheiata astazi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte din conventie.

Casa de Asigurari de Sanatate

Presedinte – director general,
. . . . . .

Medic
. . . . . .

Vizat
Juridic, contencios

*) Modelul de conventie se va adapta in functie de obiectul conventiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala.

Pentru medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pentru medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor de urgenta ce sunt finantate din bugetul de stat, modelul de conventie se va adapta in sensul incheierii conventiei intre casa de asigurari de sanatate si unitatea sanitara in care isi desfasoara activitatea medicii din structurile anterior mentionate.

Pentru medicii din cabinetele medicale scolare si studentesti finantate de la bugetul de stat, conventia se incheie intre casa de asigurari de sanatate si medicii respectivi.

Medicii mentionati in prezenta anexa incheie conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care isi desfasoara activitatea medicii respectivi, cu exceptia dentistilor/medicilor dentisti din cabinetele stomatologice din

penitenciare care incheie conventie cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.

ANEXA Nr. 42
- model -

CONVENTIE
privind eliberarea biletelor de internare

I. PARTILE CONVENTIEI

Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . ., cu sediul in municipiul/orasul . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon/fax . . . . . ., reprezentata prin presedinte-director general . . . . . .,

si

- Unitatea medico-sociala . . . . . ., reprezentata prin . . . . . ., cu autorizatie sanitara de functionare nr. . . . . din . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul/comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . .

- Unitatea sanitara cu paturi . . . . . ., cu sediul in . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentat prin . . . . . ., avand actul de infiintare sau de organizare nr. . . . . ., autorizatia sanitara de functionare nr. . . . . ., dovada de evaluare nr. . . . . ., codul unic de inregistrare . . . . . si contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . ., dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor, cat si pentru personalul medico-sanitar angajat in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, valabila pe toata durata derularii conventiei nr. . . . . .

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - . . . . . reprezentat prin . . . . . ., cu autorizatie sanitara de functionare nr. . . . . din . . . . . ., avand sediul in municipiul/orasul/comuna . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., judetul/sectorul . . . . . ., telefon . . . . . .

- Centre de dializa privata aflate in relatie contractuala cu CNAS . . . . . ., prin contractul nr. . . . . ., cu sediul in . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., telefon . . . . . ., fax . . . . . ., reprezentat prin . . . . . ., codul unic de inregistrare . . . . . .

. si contul nr. . . . . ., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. . . . . ., deschis la Banca . . . . . .

II. OBIECTUL CONVENTIEI

Art. 1. – Obiectul prezentei conventii il constituie eliberarea biletelor de internare conform Hotararii Guvernului nr. 400/2014 si Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./ 2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 2. –

Eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicesti se face de catre urmatorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica:

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

b) medicii din laboratoarele de sanatate mintala, respectiv centrele de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica:

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

c) medicii din cabinetele de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica:

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

B. Medicii din unitatea medico-sociala:

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

3. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . .,

Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

3. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

D. Medicii din centrele de dializa privata aflate in relatie contractuala cu CNAS

1. Medicul (nume, prenume) . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

2. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

3. Medicul (nume, prenume) . . . . . CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., cod parafa . . . . . ., Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . ./ . . . . . .

III. Prezenta convention este valabila de la data incheierii pana la 31 decembrie 2015.

IV. OBLIGATIILE PARTILOR

Art. 3. – Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa informeze spitalele, unitatile medico-sociale si cabinetele de medicina muncii, centrele de dializa private cu care incheie conventii asupra conditiilor in care medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati pot elibera bilete de internare pentru servicii medicale spitalicesti;

b) sa monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicesti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitatile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializa private si de medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, cu care a incheiat conventii.

Art. 4. – Unitatile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializa private si furnizorii de servicii medicale spitalicesti au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicesti in sistemul asigurarilor sociale de sanatate; sa completeze formularele electronice de bilete de internare, de la data la care acestea se implementeaza;

b) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si demnitatea si intimitatea acestora; sa asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre orice modificare privind conditiile care au stat la baza incheierii conventiei;

d) sa puna la dispozitie organelor de control ale casei de asigurari de sanatate documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicesti;

e) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului;

f) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat conventie, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web.

g) sa solicite/sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

V. INCETAREA SI REZILIEREA CONVENTIEI

Art. 5. – Prezenta conventie se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei de libera practica/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania a/al medicului care elibereaza bilete de internare pentru servicii medicale spitalicesti; in situatia in care conventia cu unitatea medico-sociala/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializa privat/spitalul se incheie pentru mai multi medici, ridicarea de catre organele de drept a autorizatiei de libera practica/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania a/al unui medic nu conduce la rezilierea conventiei, ci doar la excluderea din conventie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligatiilor asumate prin prezenta conventie, constatata cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurari de sanatate;

d) neanuntarea casei de asigurari de sanatate cu privire la orice modificare in legatura cu conditiile care au stat la baza incheierii conventiei privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicesti, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispozitie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de internare potrivit prezentei conventii, conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora.

Art. 6. – Prezenta conventie inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat conventie;

a2) incetare prin desfiintare sau reprofilare, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) medicul renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania/Colegiului Medicilor Dentisti din Romania.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea conventiei.

Art. 7. – Situatiile prevazute la art. 5 si la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatia prevazuta la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

VI. CORESPONDENTA

Art. 8. – Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor. Fiecare parte din conventie este obligata ca, in termen de 5 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie, sa notifice celeilalte parti schimbarea survenita.

VII. MODIFICAREA CONVENTIEI

Art. 9. – In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Prezenta conventie a fost incheiata astazi . . . . . ., in doua exemplare a cate . . . . . pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte din conventie.

Casa de Asigurari de Sanatate Presedinte – director general,	Unitatea medico-sociala/ Unitate sanitara cu paturi/ Cabinet de medicina muncii/ Centrul de dializa privat Reprezentant legal

Vizat
Juridic, contencios

NOTA:

Modelul de conventie se va adapta in functie de obiectul conventiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de catre medicii din unitatile medico-sociale sau de catre medicii din cabinetele de medicina muncii sau de catre medicii din centrele de dializa private sau de catre medicii din dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

Pentru medicii mentionati in prezenta anexa se incheie conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care isi desfasoara activitatea medicii respectivi.

ANEXA Nr. 43
– MODEL –

Denumire Furnizor . . . . . .
Medic . . . . . .
Contract/conventie nr. . . . . CAS . . . . . .

SCRISOARE MEDICALA*)

*) Scrisoarea medicala se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medicul care a efectuat consultatia/serviciul in ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se intocmesc la data externarii, intr-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Stimate(a) coleg(a), va informam ca . . . . . ., nascut la data de . . . . . ., CNP/cod unic de asigurare . . . . . ., a fost consultat in serviciul nostru la data de . . . . . nr. F.O./nr. din Registrul de consultatii . . . . . .

Motivele prezentarii
. . . . . .
. . . . . .
Diagnosticul:
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
Anamneza:
. . . . . .
– factori de risc
. . . . . .
. . . . . .
Examen clinic:
– general
. . . . . .
. . . . . .
– local
. . . . . .
. . . . . .
Examene de laborator:
– cu valori normale
. . . . . .
. . . . . .
– cu valori patologice
. . . . . .
. . . . . .

Examene paraclinice:
EKG
. . . . . .
ECO
. . . . . .
Rx
. . . . . .
Altele
. . . . . .
. . . . . .
Tratament efectuat:
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
Alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului:
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
Tratament recomandat
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
Se completeaza obligatoriu una din cele trei informatii:
- |_| S-a eliberat prescriptie medicala, caz in care se va inscrie seria si numarul acesteia
- |_| Nu s-a eliberat prescriptie medicala deoarece nu a fost necesar
- |_| Nu s-a eliberat prescriptie medicala

Se completeaza obligatoriu una din cele trei informatii:
- |_| S-a eliberat concediu medical la externare, caz in care se va inscrie seria si numarul acestuia
- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:
- |_| S-a eliberat recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- |_| Nu s-a eliberat recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:
- |_| S-a eliberat prescriptie medicala pentru dispozitive medicale in ambulatoriu
- |_| Nu s-a eliberat prescriptie medicala pentru dispozitive medicale in ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unitatii judetene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeteana de diabet zaharat:	
Nr. inregistrare a asiguratului:	

Data . . . . . .

Semnatura si parafa
medicului
. . . . . .

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin posta . . . . . .

ANEXA Nr. 44
- MODEL -

Denumirea furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu . . . . . .
. . . . . .
Sediul social/Adresa fiscala . . . . . .
. . . . . .

DECLARATIE DE PROGRAM

punct de lucru . . . . . .
. . . . . .
Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria . . . ., nr. . . . . ., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . se desfasoara astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) se va completa in functie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari

de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent.

Data
. . . . . .
. . . . . .

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)

ANEXA Nr. 45
- MODEL -

Denumirea furnizorului . . . . . .
. . . . . .
Sediul social/Adresa fiscala . . . . . .
. . . . . .
punct de lucru . . . . . .
. . . . . .

DECLARATIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria . . . ., nr. . . . . ., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca programul de lucru in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate . . . . . se desfasoara astfel:

Locatia unde se desfasoara activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru in contract cu casa de asigurari de sanatate **)							
		Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sambata	Duminica	Sarbatori legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
. . . . .									

*) se va completa in functie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, in situatia in care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate, acestea se mentioneaza distinct cu programul de lucru aferent.

**) pentru medicii de familie se completeaza distinct programul la cabinet si programul la domiciliu.

Data
. . . . . .

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)
. . . . . .

ANEXA Nr. 46
- MODEL -

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE . . . . . .
Localitatea: . . . . . .
str. . . . . nr. . . . . tel./fax . . . . . .

NOTIFICARE

Catre:
Furnizorul . . . . . ., cu sediul in . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., sector/judet . . . . . ., inregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comertului sub nr. . . . . ., avand cod de inregistrare fiscala - cod unic de inregistrare . . . . . ., tel./fax . . . . . ., cont nr. . . . . deschis la Trezoreria statului si sediul punctului secundar de lucru in . . . . . ., str. . . . . nr. . . . . ., bl. . . . . ., sc. . . . . ., et. . . . . ., ap. . . . . ., sector/judet . . . . . ., tel./fax . . . . . ., reprezentat prin . . . . . in calitate de reprezentant legal.
Prin prezenta va notificam:
rezilierea |_____|
incetarea |_____|
suspendarea |_____|
contractului/conventiei de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive . . . . . cu nr. . . . . ./ . . . . . incepand cu data de . . . . . ., avand in vedere: . . . . . (descrierea pe scurt a situatiei de fapt) si in temeiul dispozitiilor art. . . . . din anexa nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2014 - 2015, cu modificarile si completarile ulterioare si dispozitiilor art. . . . . din anexa nr. . . . . la Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. . . . . ./2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a H.G. nr. 400/2014.

PRESEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
. . . . . .

Director executiv al Directiei economice,	Director executiv al Directiei relatii contractuale
. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . .

Vizat
Juridic, contencios
. . . . . .

ANEXA Nr. 47

DISPOZITII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se intocmesc in 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si biletele de internare.

2. Medicii care elibereaza bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice, bilete de internare, pot sa aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafa al medicului si numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

3. Toti furnizorii care incheie contract cu casele de asigurari de sanatate au obligatia sa detina contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale in vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atesta prezenta la program pentru personalul de specialitate care isi desfasoara activitatea la acestia, trebuie sa fie in concordanta cu programul de activitate depus la casele de asigurari de sanatate la momentul contractarii.

5. Modelul formularului de prescriptie medicala electronica se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Modelele de formulare pentru prescriptiile de preparate stupefiante si psihotrope, se aproba conform Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitatile clinice, paraclinice si pentru internare se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

7. Formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv cele privind evidentele obligatorii, cele cu regim special si cele tipizate, pe care furnizorii au obligatia sa le completeze corect si la zi includ si evidentele electronice ale bolnavilor cronici.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa recomande asiguratilor tratamentul cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale in vigoare.

9. Toti furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau, respectiv, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, au obligatia sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate.

In situatia in care furnizorii utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea si securitatea in procesul de transmitere a datelor.

10. Medicii care au specialitatea de medicina de familie si o alta/alte specialitate/specialitati clinica/clinice, pot opta pentru a desfasura activitate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza specialitatii de medicina de familie sau in baza specialitatii/specialitatilor clinice. Medicii care au o specialitate clinica si o specialitate paraclinica, pot opta pentru a desfasura activitate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in baza specialitatii clinice sau in baza specialitatii paraclinice.

11. Prezentarea si utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate la furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale se face la momentul acordarii serviciului, astfel:

11.1. In asistenta medicala primara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul de baza.

11.2. In asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul de baza, cu exceptia serviciilor de sanatate conexe actului medical pentru care nu este necesara prezentarea cardului.

11.3. In asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicala si acupunctura utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul de baza, astfel:

a) pentru consultatii si proceduri in cabinet la momentul acordarii

b) pentru procedurile acordate in baza de tratament prezentarea cardului se face in fiecare zi de tratament / fiecare zi in care se acorda servicii de acupunctura in cadrul curei de tratament

11.4. In asistenta medicala ambulatorie de specialitate de medicina dentara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul de baza.

11.5. In asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice – analize de laborator prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul recoltarii probelor in punctele de recoltare propii ale furnizoriilor de investigatii paraclinice, cu exceptia serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie si citologie daca probele nu se recolteaza la furnizorii de investigatii paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie – examene de urina si examene de materii fecale daca sunt singurele investigatii recomandate pe biletul de trimitere se utilizeaza cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigatii paraclinice; daca acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere impreuna cu alte analize de laborator se utilizeaza cardul la momentul recoltarii analizelor de laborator. Pentru examinarile de histopatologie si citologie care nu se recolteaza la furnizorii de investigatii paraclinice probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice insotite de biletele de trimitere fara a fi necesara prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice – investigatii de radiologie, imagistica medicala, explorari functionale si medicina nucleara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul efectuarii investigatiilor prevazute in pachetul de baza.

11.6. In asistenta medicala spitaliceasca utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la internarea si externarea din spital, cu exceptia urmatoarelor situatii:

- la internare in spital daca criteriul la internare este urgenta medico-chirurgicala
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital si la internare ca si caz transferat
- la externare pentru situatiile in care s-a inregistrat decesul asiguratului.

b) pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare de zi prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la fiecare vizita, cu exceptia situatiilor in care criteriul de internare este urgenta medico-chirurgicala pentru serviciile acordate in structurile de urgenta (camera de garda/UPU/CPU) care nu sunt finantate de Ministerul Sanatatii/ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie.

11.7. Pentru furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu, respectiv ingrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face in fiecare zi in care se acorda ingrijiri.

11.8. In asistenta medicala de reabilitare medicala si recuperare, in sanatorii si preventorii utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la internare si externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale, este necesara utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate daca dispozitivul medical se ridica de catre beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale. In situatia in care ridicarea dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale se face de catre apartinatorul beneficiarului – membru al familiei (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), imputernicit legal –, se utilizeaza cardul national de asigurari sociale de sanatate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul acestuia;

In situatia in care dispozitivul medical se elibereaza prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat prezentarea cardului nu este necesara; confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de catre furnizor prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat si primirea la domiciliu, se face sub semnatura beneficiarului sau ori a apartinatorului acestuia – membru al familiei – parinte, sot/sotie, fiu/fiica, imputernicit legal, reprezentant legal – cu specificarea domiciliului la care s-a facut livrarea, a actului de identitate si a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanei care semneaza de primire.

11.10. Pentru medicamente cu si fara contributie personala, utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate se face la momentul ridicarii medicamentelor din farmacie, daca acestea se ridica de catre beneficiarul prescriptiei;

In situatia in care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de catre un imputernicit, se utilizeaza cardul national de asigurari sociale de sanatate al imputernicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul, daca imputernicitul nu poate prezenta card.

12. Informatii referitoare la utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate de catre asigurati si fluxul de lucru

pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevazuta la art. 2 alin (2) din HG nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul national de asigurari sociale de sanatate din titlul IX "Cardul european si cardul national de asigurari sociale de sanatate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare

13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale sunt aplicabile de la data prevazuta la art. 2 alin. (2) din Hotararea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul national de asigurari sociale de sanatate din titlul IX «Cardul european si cardul national de asigurari sociale de sanatate» din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor in care asiguratii nu pot prezenta/utiliza cardul national de asigurari sociale de sanatate.

Modificat de art.I pct.3 prin OAP 557/2015

"13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale sunt aplicabile de la data prevazuta la art. 2 alin. (2) din Hotararea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul national de asigurari sociale de sanatate din titlul IX «Cardul european si cardul national de asigurari sociale de sanatate» din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor in care asiguratii executa o pedeapsa privativa de libertate sau se afla in arest preventiv, precum si cei care se afla in executarea masurilor prevazute la art. 109 si 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare."

Modificat de art.I pct.1 prin OAP 1032/2015 (intra in vigoare incepand cu data de 1 septembrie 2015)

"14. Pentru persoanele cu tulburari psihice prevazute de Legea sanatatii mintale si a protectiei persoanelor cu tulburari psihice nr. 487/2002, republicata, care au desemnat reprezentant legal de catre autoritatile competente potrivit legislatiei in vigoare, acordarea de catre furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate al reprezentantului legal. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburari psihice, care insoteste persoana cu tulburari psihice la furnizorii de servicii medicale, prezinta obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, in vederea inregistrarii de catre furnizori a acestui document in evidentele proprii."

Completat de art.I pct.2 prin OAP 1032/2015 (intra in vigoare incepand cu data de 1 septembrie 2015)

ANEXA Nr. 48

CHESTIONAR PRIVIND SATISFACTIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit sa ne sprijine in ameliorarea performantei activitatii spitalului; raspunsurile la acest chestionar raman anonime.

1. Cand ati intrat prima data in aceasta unitate ce impresie v-ati facut? Alegeti trei cuvinte care descriu cel mai bine situatia din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea prioritatii*)
Curatenie	. . . . .
Lux	. . . . .
Aglomeratie	. . . . .
Dezordine	. . . . .
Mizerie	. . . . .
Disciplina	. . . . .
Liniste	. . . . .
Saracie	. . . . .
Altul 1	. . . . .
Altul 2	. . . . .

*) Bifati 1, 2 sau 3 in ordinea prioritatii.

2. Situatia din unitatea de primire, pe care tocmai ati descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifati o singura varianta)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ati ajuns sa apelati la internare pentru spitalul nostru (bifati una din variantele de raspuns):

a. V-ati prezentat direct la camera de garda

b. Ati avut trimitere de la medicul dumneavoastra de familie

c. Ati venit cu trimitere de la medicul de ambulator
d. Ati venit cu ambulanta
e. Alta situatie
4. Sunteti la prima internare sau la o reinternare?
a) Prima internare
b) Reinternare
In cadrul acestei internari, puteti spune ca:

	DA	NU
P1. Ati fost primit cu amabilitate de la inceput?	1	0
P2. Ati fost condus la explorari?	1	#
P3. Ati facut baie la internare?	1	0
P4. Ati fost informat pe intelesul dvs. despre boala, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ati adus medicamente de acasa?	1	0
P6. Ati avut complicatii post-operatorii?	1	0
P7. Fiolele s-au deschis in fata dvs.?	1	0
P8. Ati sesizat orice forma de conditionare a ingrijirilor de care ati avut nevoie?	1	0
P9. Ati simtit nevoia sa recompensati prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multa atentie din partea acestora		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.
Apreciati pe o scala de la 1 la 5 calitatea serviciilor mentionate mai jos primite de catre dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfacatoare	2 Partial nesatisfacatoare	3 Nesatisfacator	4 Buna	5 Foarte buna	9 Nu am beneficiat/ nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul sederii dvs. in unitate	1	2	3	4	5	9
Ingrijirea acordata de medic	1	2	3	4	5	9
Ingrijirea acordata de	1	2	3	4	5	9

asistente						
Ingrijirea acordata de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Calitatea conditiilor de cazare - salon (dotare, facilitati)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (bai + WC)	1	2	3	4	5	#
Curatenia in ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri inchis.

Tinand cont de toate cele mentionate mai sus va rugam sa ne spuneti: Cat de multumit sunteti/ati fost?

Foarte nemultumit	Partial nemultumit	Nemultumit	Partial multumit	Foarte multumit
1	2	3	4	5

Daca ar fi sa aveti nevoie de un serviciu medical disponibil in aceasta unitate v-ati intoarce aici?

Sigur NU	Mai degraba NU	Poate da/ poate nu	Mai degraba DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Daca un apropiat, un prieten sau alta persoana ar avea nevoie de un serviciu medical despre care stiti ca este disponibil aici i-ati recomanda sa vina?

Sigur NU	Mai degraba NU	Poate da/ poate nu	Mai degraba DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dupa toata aceasta perioada petrecuta aici, care este lucrul pozitiv care va vine in minte?/Ce v-a placut cel mai mult? . . . .

Dar negativ?/Ce nu v-a placut?

Elemente de socio-demografie (incercuiti situatia care vi se aplica)

D1. Sexul				
1. Masculin	2. Feminin			
D2. Varsta				
1. < 20 de ani	2. 20 - 29 ani	3. 30 - 39 ani	4. 40 - 49 ani	
5. 50 - 59 ani	6. 60 - 69 ani	7. 70 ani si peste		
D3. Mediul de rezidenta				
1. Urban	2. Rural			
D4. Ultima scoala absolvita				
1. Primara (1-4 clase)	2. Gimnaziala (5 - 8)	3. Liceu	4. Facultate	
D5. Starea civila				
1. Casatorit	2. Necasatorit	3. Concubinaj	4. Vaduv	
5. Divortat				

NOTA:

Colectarea informatiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor art. 12 din Legea nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare.