



MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul XIII — Nr. 830

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 21 decembrie 2001

SUMAR

| Nr. | Pagina | Nr. | Pagina |
|---|--------|--|--------|
| LEGI ȘI DECRETE | | | |
| 682. — Lege privind ratificarea Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981 | 1-2 | | |
| Convenție pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal ... | 2-6 | | |
| 976. — Decret pentru promulgarea Legii privind ratificarea Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981 | 6 | | |
| HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI | | | |
| 1.244. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară | | 1.245. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice | 6-11 |
| | | | 11-16 |
| ACTE ALE CONSILIULUI NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI | | | |
| | | 145. — Decizie privind retragerea Licenței de emisie nr. TV 100 din 24 octombrie 1995, acordată Societății Comerciale „ROMSAT CARDINAL NETWORK“ — S.A. pentru postul de televiziune TELE 7 BACĂU | 16 |

LEGI ȘI DECRETE

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

LEGE

privind ratificarea Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Art. 1. — Se ratifică Convenția pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981, semnată de România la 18 martie 1997.

Art. 2. — Cu ocazia depunerii instrumentului de ratificare a Convenției vor fi făcute cunoscute Secretariatului General al Consiliului Europei următoarele declarații:

1. La art. 3 pct. 2 lit. a):

„Prezenta convenție nu se aplică prelucrărilor de date cu caracter personal care fac parte dintr-un sistem de evidență, atunci când:

a) sunt efectuate în cadrul activităților din domeniul apărării naționale și siguranței naționale, desfășurate în limitele și cu restricțiile stabilite de lege;

b) prelucrarea privește date obținute din documente accesibile publicului, conform legii;

c) sunt efectuate de către persoanele fizice exclusiv pentru uzul lor personal, dacă datele în cauză nu sunt destinate a fi dezvăluite.“

2. La art. 3 pct. 2 lit. b):

„Prezenta convenție se va aplica în egală măsură prelucrărilor de date cu caracter personal efectuate în cadrul

activităților sale legitime de către o fundație, asociație sau de către orice altă organizație cu scop nelucrative și cu specific politic, filozofic, religios sau sindical, cu condiția ca persoana vizată să fie membră a acestei organizații sau să întrețină cu aceasta în mod regulat relații care privesc specificul activității organizației și ca datele să nu fie dezvăluite unor terți fără consimțământul persoanei vizate.“

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 18 septembrie 2001, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

PRESEDINTELE CAMEREI DEPUTATILOR
VALER DORNEANU

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din 5 noiembrie 2001, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituția României.

p. PRESEDINTELE SENATULUI,
PAUL PĂCURARU

București, 28 noiembrie 2001.
Nr. 682.

STE 108

CONVENȚIE

pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal

PREAMBUL

Statele membre ale Consiliului Europei, semnatare ale prezentei convenții, considerând că scopul Consiliului Europei este de a realiza o uniune mai strânsă între membrii săi, cu respectarea în special a supremației dreptului și a drepturilor omului și a libertăților fundamentale, apreciind că este de dorit să se extindă protecția drepturilor și libertăților fundamentale pentru fiecare, în special dreptul la respectarea vieții private, față de intensificarea circulației peste frontiere a datelor cu caracter personal care fac obiectul prelucrării automatizate, reafirmând în același timp angajamentul lor în favoarea libertății de informare, fără a ține seama de frontiere, recunoscând necesitatea concilierii valorilor fundamentale de respectare a vieții particulare și de liberă circulație a informațiilor între popoare, au convenit asupra celor ce urmează:

CAPITOLUL I Dispoziții generale

ARTICOLUL 1

Obiect și scop

Scopul prezentei convenții este de a garanta pe teritoriul fiecărui stat parte, fiecărei persoane fizice, oricare ar fi cetățenia sa sau reședința sa, respectarea drepturilor și libertăților sale fundamentale și, în special, dreptul la viața privată, față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal care îl privesc (protecția datelor).

ARTICOLUL 2

Definiții

În scopul prezentei convenții:

a) *date cu caracter personal* reprezintă orice informație privind persoana fizică identificată sau identificabilă (persoană vizată);

b) *fișier automatizat* înseamnă orice ansamblu de informații care face obiectul unei prelucrări automatizate;

c) *prelucrarea automatizată* înseamnă următoarele operațiuni efectuate în totalitate sau parțial cu ajutorul procedeelor automatizate: înregistrarea datelor, aplicarea acestor date prin operațiuni logice și/sau aritmetice, modificarea lor, ștergerea, extragerea sau difuzarea;

d) *responsabil de fișier* înseamnă persoana fizică sau juridică, autoritate publică, serviciu sau orice alt organism care este competent conform legii naționale pentru a decide care va fi finalitatea fișierului automatizat, ce categorii de date cu caracter personal trebuie înregistrate și ce operațiuni li se vor aplica.

3. La art. 3 pct. 2 lit. c):

„Prezenta convenție se aplică și prelucrărilor de date cu caracter personal efectuate prin alte mijloace decât cele automate, care fac parte dintr-un sistem de evidență sau care sunt destinate a fi incluse într-un asemenea sistem.

Autoritatea națională competentă este instituția Avocatul Poporului.“

ARTICOLUL 3

Domeniul de aplicare

1. Părțile se angajează să aplice prezenta convenție fișierelor și prelucrărilor automatizate de date cu caracter personal în sectorul public și în sectorul privat.

2. Orice stat poate, cu ocazia semnării sau depunerii instrumentului său de ratificare, de acceptare, de aprobare ori de aderare sau în orice alt moment ulterior, să facă cunoscut printr-o declarație adresată secretarului general al Consiliului Europei:

a) că nu va aplica prezenta convenție unei anumite categorii de fișiere automatizate de date cu caracter personal, a căror listă va fi depusă. Nu se includ în această listă categoriile de fișiere automatizate de date supuse, potrivit dreptului său intern, unor dispoziții de protecție a datelor. În consecință, această listă va fi amendată printr-o nouă declarație atunci când categorii suplimentare de fișiere automatizate de date cu caracter personal vor fi supuse regimului său de protecție a datelor;

b) că va aplica prezenta convenție în egală măsură informațiilor aferente grupărilor, asociațiilor, fundațiilor, societăților, corporațiilor sau oricărui alt organism care grupează direct ori indirect persoane fizice având sau nu personalitate juridică;

c) că va aplica prezenta convenție în aceeași măsură fișierelor de date cu caracter personal care nu fac obiectul prelucrării automatizate.

3. Orice stat care a extins câmpul de aplicare a prezentei convenții prin una dintre declarațiile prevăzute la pct. 2 lit. b) sau c) poate să indice în respectiva declarație că extinderile nu se aplică decât anumitor categorii de fișiere cu caracter personal a căror listă va fi depusă.

4. Orice stat care a exclus anumite categorii de fișiere automatizate de date cu caracter personal prin declarația prevăzută la pct. 2 lit. a) nu poate pretinde aplicarea prezentei convenții la asemenea categorii de către o parte care nu le-a exclus.

5. În același timp o parte care nu a procedat la una sau la alta dintre extinderile prevăzute la pct. 2 lit. b) și c) nu se poate prevala de aplicarea prezentei convenții cu privire la aceste puncte față de o parte care a făcut o astfel de extindere.

6. Declarațiile prevăzute la pct. 2 produc efecte juridice în momentul intrării în vigoare a convenției față de statul care le-a formulat, dacă acest stat le-a făcut în momentul semnării sau la depunerea instrumentului său de ratificare, de acceptare, de aprobare ori de aderare sau după trecerea unei perioade de 3 luni de la primirea lor de către secretarul general al Consiliului Europei, dacă ele au fost formulate ulterior. Aceste declarații vor putea fi retrase în totalitate sau parțial printr-o notificare adresată secretarului general al Consiliului Europei. Retragerea va produce efecte la 3 luni de la data primirii unei astfel de notificări.

CAPITOLUL II

Principii de bază pentru protecția datelor

ARTICOLUL 4

Angajamentele părților

1. Fiecare parte ia, în dreptul său intern, măsurile necesare pentru a pune în practică principiile de bază ale protecției de date, enunțate în prezentul capitol.

2. Aceste măsuri trebuie să fie luate cel mai târziu în momentul intrării în vigoare a prezentei convenții pentru statul respectiv.

ARTICOLUL 5

Calitatea datelor

Datele cu caracter personal care fac obiectul unei prelucrări automatizate trebuie să fie:

- obținute și prelucrate în mod corect și legal;
- înregistrate în scopuri determinate și legitime și nu sunt utilizate în mod incompatibil cu aceste scopuri;
- adecvate, pertinente și neexcesive în raport cu scopurile pentru care sunt înregistrate;
- exacte și, dacă este necesar, actualizate;
- păstrate într-o formă care să permită identificarea persoanelor în cauză pe o durată ce nu o depășește pe cea necesară scopurilor pentru care ele sunt înregistrate.

ARTICOLUL 6

Categorii speciale de date

Datele cu caracter personal privind originea rasială, opiniile politice, convingerile religioase sau de altă natură, precum și datele cu caracter personal privind sănătatea sau viața sexuală nu vor putea fi prelucrate în mod automat, cu excepția cazului în care normele de drept intern prevăd garanții adecvate. Această condiție este valabilă și în cazul datelor cu caracter personal privind condamnările penale.

ARTICOLUL 7

Asigurarea securității datelor

Pentru protejarea datelor personale înregistrate în fișiere automatizate împotriva distrugerii accidentale sau neautorizate ori pierderii accidentale, precum și împotriva accesului în scopul modificării sau difuzării neautorizate vor fi luate măsuri de securitate potrivite.

ARTICOLUL 8

Garanții complementare pentru persoana în cauză

Orice persoană trebuie:

a) să aibă cunoștința de existența unui fișier automatizat de date cu caracter personal, de scopurile sale principale, precum și de identitatea și de locul de reședință obișnuit sau de sediul principal de care aparține proprietarul fișierului;

b) să obțină la intervale rezonabile și fără întârziere sau cu cheltuieli excesive confirmarea existenței sau inexistenței în fișierul automatizat de date cu caracter personal care o privesc, precum și comunicarea acestor date sub o formă inteligibilă;

c) să obțină, dacă este cazul, modificarea acestor date sau ștergerea lor, dacă acestea au fost prelucrate fără a se respecta dispozițiile din dreptul intern care aplică principiile de bază enunțate la art. 5 și 6;

d) să dispună de o cale de atac, dacă nu s-a dat curs la o cerere de confirmare, sau, dacă este cazul, de comunicare, de modificare ori de ștergere, prevăzute la lit. b) și c).

ARTICOLUL 9

Excepții și restricții

1. Nici o excepție la dispozițiile cuprinse la art. 5, 6 și 8 nu este admisă decât în limitele definite în prezentul articol.

2. Este posibilă derogarea de la dispozițiile prevăzute la art. 5, 6 și 8 când o astfel de derogare, prevăzută prin legea părții, constituie o măsură necesară într-o societate democratică pentru:

- protejarea securității statului, siguranței publice, intereselor monetare ale statului sau reprimarea infracțiunilor penale;
- a proteja persoanele în cauză sau drepturile și libertățile celorlalți.

3. Restricții de la exercitarea drepturilor enunțate la lit. b), c) și d) ale art. 8 pot fi prevăzute de legea pentru fișierele automatizate de date cu caracter personal utilizate în scopuri statistice sau pentru cercetări științifice, dacă nu există evidente riscuri de a se aduce atingere vieții private a persoanelor în cauză.

ARTICOLUL 10

Sanțiuni și căi de atac

Fiecare parte se angajează să stabilească sanțiuni și căi de atac adecvate în cazul violării dispozițiilor de drept intern care dau efect principiilor de bază pentru protecția datelor, enunțate în prezentul capitol.

ARTICOLUL 11

Protecție mai extinsă

Nici una dintre dispozițiile cuprinse în prezentul capitol nu va fi interpretată ca limitând sau aducând atingere capacității fiecărei părți de a acorda persoanelor în cauză o protecție mai extinsă decât cea prevăzută prin prezenta convenție.

CAPITOLUL III

Flux transfrontalier de date

ARTICOLUL 12

Flux transfrontalier de date cu caracter personal și drept intern

1. Următoarele dispoziții se aplică transferurilor dincolo de frontierele naționale, prin orice mijloace, ale datelor cu caracter personal care fac obiectul unei prelucrări automatizate sau care sunt colectate în scopul de a le supune unei astfel de prelucrări.

2. O parte nu poate decât în scopul protejării vieții private să interzică sau să supună unei autorizații speciale fluxurile

transfrontaliere de date cu caracter personal destinate să ajungă pe teritoriul altei părți.

3. Totodată oricare dintre părți are posibilitatea să facă derogări de la dispozițiile paragrafului 2:

a) în măsura în care legislația sa prevede o reglementare specifică pentru anumite categorii de date cu caracter personal sau de fișiere automatizate de date cu caracter personal, în funcție de natura acestor date ori a acestor fișiere, decât dacă reglementările celeilalte părți prevăd o protecție echivalentă;

b) când transferul este efectuat plecând de pe teritoriul său pe teritoriul unui stat ce nu este parte prin teritoriul unei alte părți, în scopul evitării ca astfel de transferuri să nu încalce legislația părții vizate la începutul prezentului paragraf.

CAPITOLUL IV

Întrajutorare

ARTICOLUL 13

Cooperarea între părți

1. Părțile se angajează să își acorde asistență mutuală pentru punerea în practică a prezentei convenții.

2. În acest scop:

a) fiecare parte desemnează unul sau mai mulți reprezentanți ai autorităților, cărora le comunică numele și adresa secretarului general al Consiliului Europei;

b) fiecare parte care a desemnat mai mulți reprezentanți ai autorităților indică, în cazul comunicării vizate la alineatul precedent, și competența fiecărui astfel de reprezentant.

3. Un reprezentant al autorității desemnat de către o parte la solicitarea reprezentantului autorității desemnat de o altă parte:

a) va furniza informații privind dreptul intern și practica sa administrativă în domeniul protecției datelor;

b) va lua conform normelor sale de drept intern și numai în scopul protejării vieții private toate măsurile adecvate pentru a furniza informații de fapt privind o prelucrare automatizată anume efectuată pe teritoriul său, cu excepția totuși a datelor cu caracter personal care fac obiectul acestei prelucrări.

ARTICOLUL 14

Asistență acordată persoanelor în cauză, care își au reședința în străinătate

1. Fiecare parte asigură asistență oricărei persoane care are reședința în străinătate, pentru exercitarea drepturilor prevăzute în normele sale de drept intern, ce dau efect principiilor enunțate la art. 8.

2. Dacă o astfel de persoană își are reședința pe teritoriul unei alte părți, ea trebuie să aibă posibilitatea să își prezinte solicitarea prin intermediul reprezentantului autorității desemnat de către această parte.

3. Solicitarea de asistență trebuie să conțină toate indicațiile necesare, privind mai ales:

a) numele, adresa și orice alt element pertinent de identificare care îl privește pe solicitant;

b) fișierul automatizat de date cu caracter personal la care se referă solicitarea sau proprietarul acestui fișier;

c) scopul solicitării sale.

ARTICOLUL 15

Garanții privind asistența furnizată de către reprezentanții desemnați ai autorităților

1. Un reprezentant al autorității desemnat de către o parte care a primit informații de la un reprezentant al autorității desemnat de o altă parte, fie în sprijinul unei solicitări de asistență, fie ca răspuns la o solicitare de asistență, pe care a formulat-o el însuși, nu va putea utiliza aceste

informații în alte scopuri decât cele specificate în solicitarea de asistență.

2. Fiecare parte va veghea ca persoanele care aparțin sau care acționează în numele autorității desemnate să fie supuse obligativității păstrării secretului sau confidențialității acestor informații.

3. În nici un caz o autoritate desemnată nu va fi autorizată să facă, potrivit art. 14 paragraful 2, o solicitare de asistență în numele unei persoane interesate, cu reședința în străinătate, din proprie inițiativă și fără consimțământul expres al acestei persoane.

ARTICOLUL 16

Refuzul solicitărilor de asistență

O autoritate desemnată, sesizată printr-o solicitare de asistență făcută în termenii art. 13 sau 14, nu poate refuza să îi dea curs decât dacă:

a) solicitarea este incompatibilă cu competențele în domeniul protecției datelor ale autorităților abilitate să răspundă;

b) solicitarea nu este făcută conform dispozițiilor prezentei convenții;

c) punerea în executare a solicitării ar fi incompatibilă cu suveranitatea, securitatea sau păstrarea ordinii publice ale părții care a desemnat-o ori cu drepturile și libertățile fundamentale ale persoanelor înzestrate cu jurisdicție de către această parte.

ARTICOLUL 17

Cheltuieli și proceduri de asistență

1. Asistența reciprocă pe care părțile și-o acordă în termenii art. 13, precum și asistența pe care o asigură persoanelor în cauză, cu reședința în străinătate, în termenii art. 14, nu va lăsa loc plății unor cheltuieli și taxe, altele decât cele aferente experților și interpreților. Aceste cheltuieli și taxe vor fi în sarcina părții care a desemnat autoritatea care a făcut solicitarea de asistență.

2. Persoana în cauză nu poate fi obligată să plătească în legătură cu demersurile întreprinse în numele său, pe teritoriul unei alte părți, cheltuieli și taxe, altele decât cele care intră în obligația persoanelor cu reședința pe teritoriul acestei părți.

3. Celelalte modalități privind asistența, mai ales formele și procedurile, precum și limbile utilizate, vor fi stabilite direct între părțile implicate.

CAPITOLUL V

Comitet consultativ

ARTICOLUL 18

Componența comitetului consultativ

1. După intrarea în vigoare a prezentei convenții se va constitui un comitet consultativ.

2. Fiecare parte va desemna în acest comitet un reprezentant și un locțiitor. Oricare stat membru al Consiliului Europei, care nu este parte la convenție, are dreptul de a fi reprezentat în comitet de către un observator.

3. Comitetul consultativ poate, printr-o decizie luată în unanimitate, să invite orice stat nembrum al Consiliului Europei, care nu este parte la convenție, să fie reprezentat printr-un observator la una dintre reuniunile sale.

ARTICOLUL 19

Funcțiile comitetului consultativ

Comitetul consultativ:

a) poate face propuneri în vederea facilitării sau ameliorării aplicării convenției;

b) poate face propuneri de amendament la prezenta convenție, conform art. 21;

c) formulează un aviz asupra oricărei propuneri de amendament la prezenta convenție, care îi este supus conform art. 21 paragraful 3;

d) poate, la solicitarea unei părți, să exprime un aviz asupra oricărei probleme relative la aplicarea prezentei convenții.

ARTICOLUL 20

Procedură

1. Comitetul consultativ este convocat de către secretarul general al Consiliului Europei. Prima reuniune de lucru va avea loc în cursul celor 12 luni ce urmează intrării în vigoare a prezentei convenții. El se reunește în continuare cel puțin o dată la 2 ani și, în orice caz, de fiecare dată când o treime din numărul reprezentanților părților solicită convocarea sa.

2. Majoritatea reprezentanților părților constituie cvorumul necesar pentru a ține o reuniune a comitetului consultativ.

3. La încheierea fiecărei reuniuni comitetul consultativ supune Comitetului Miniștrilor Consiliului Europei un raport asupra lucrărilor și funcționării convenției.

4. Fără a aduce atingere dispozițiilor prezentei convenții, comitetul consultativ își stabilește regulamentul său interior de funcționare.

CAPITOLUL VI

Amendamente

ARTICOLUL 21

Amendamente

1. Amendamente la prezenta convenție pot fi propuse de către o parte, de către Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei sau de către comitetul consultativ.

2. Orice propunere de amendament este comunicată de către secretarul general al Consiliului Europei statelor membre ale Consiliului Europei și fiecărui stat nemembru care a aderat sau a fost invitat să adere la prezenta convenție, conform dispozițiilor art. 23.

3. În plus, orice amendament propus de către una dintre părți sau de către Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei este comunicat comitetului consultativ care supune Comitetului Miniștrilor Consiliului Europei avizul său privind amendamentul propus.

4. Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei examinează amendamentul propus și orice aviz propus de către comitetul consultativ și poate aproba amendamentul.

5. Pentru acceptare textul oricărui amendament aprobat de Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei conform paragrafului 4 este transmis părților.

6. Orice amendament aprobat conform paragrafului 4 va intra în vigoare la a 30-a zi după ce toate părțile vor fi informat secretarul general al Consiliului Europei despre acceptul lor.

CAPITOLUL VII

Clauze finale

ARTICOLUL 22

Intrare în vigoare

1. Prezenta convenție este deschisă spre semnare statelor membre ale Consiliului Europei. Ea va fi supusă spre ratificare, acceptare sau aprobare. Instrumentele de ratificare, de acceptare sau de aprobare vor fi depuse pe lângă secretarul general al Consiliului Europei.

2. Prezenta convenție va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni după data la care 5 state membre ale Consiliului Europei își vor fi exprimat consimțământul de a fi legate prin convenție, conform dispozițiilor paragrafului precedent.

3. Pentru oricare stat membru care își va exprima ulterior consimțământul de a fi legat de prevederile convenției, aceasta va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni după data depunerii instrumentului de ratificare, de acceptare sau de aprobare.

ARTICOLUL 23

Aderarea statelor nemembre

1. După intrarea în vigoare a prezentei convenții Comitetul Miniștrilor Consiliului Europei va putea să invite orice stat nemembru al Consiliului Europei să adere la prezenta convenție, printr-o decizie luată cu majoritatea prevăzută la art. 20.d al Statutului Consiliului Europei și cu unanimitatea reprezentanților statelor contractante care au dreptul să facă parte din comitet.

2. Pentru fiecare stat care aderă convenția va intra în vigoare în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni după data depunerii instrumentului de aderare pe lângă secretarul general al Consiliului Europei.

ARTICOLUL 24

Clauză teritorială

1. Orice stat poate, în momentul semnării sau în momentul depunerii instrumentului său de ratificare, de acceptare ori de aderare, să desemneze teritoriul sau teritoriile pe care se va aplica prezenta convenție.

2. Orice stat poate, în orice moment ulterior, printr-o declarație adresată secretarului general al Consiliului Europei, să extindă aplicarea prezentei convenții asupra oricărui teritoriu desemnat în declarație. Convenția va intra în vigoare în privința noului teritoriu în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 3 luni după data primirii declarației de către secretarul general al Consiliului Europei.

3. Orice declarație făcută în baza celor două paragrafe precedente va putea fi retrasă, în ceea ce privește orice teritoriu desemnat în această declarație, prin notificarea adresată secretarului general al Consiliului Europei. Retragerea produce efecte juridice în prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 6 luni după data primirii notificării de către secretarul general al Consiliului Europei.

ARTICOLUL 25

Rezerve

Nu este admisă nici o rezervă de la dispozițiile prezentei convenții.

ARTICOLUL 26

Denunțare

1. Oricare parte poate în orice moment să denunțe prezenta convenție, adresând o notificare secretarului general al Consiliului Europei.

2. Denunțarea va produce efecte juridice cu începere din prima zi a lunii care urmează expirării unei perioade de 6 luni după data primirii notificării de către secretarul general al Consiliului Europei.

ARTICOLUL 27

Notificări

Secretarul general al Consiliului Europei va notifica statelor membre ale Consiliului Europei și oricărui stat care a aderat la prezenta convenție:

- a) orice semnare;
- b) depunerea oricărui instrument de ratificare, de acceptare, de aderare sau de aprobare;
- c) orice dată de intrare în vigoare a prezentei convenții, conform art. 22, 23 și 24;
- d) orice alt act, notificare sau comunicare având legătură cu prezenta convenție.

Drept care subsemnații, legal împuterniciți în acest scop, am semnat prezenta convenție.

Semnat la Strasbourg la 28 ianuarie 1981, în limbile franceză și engleză, ambele texte fiind egal autentice, într-un singur

exemplar care va fi depus în arhivele Consiliului Europei. Secretarul general al Consiliului Europei va transmite o copie certificată pentru conformitate fiecărui stat membru al Consiliului Europei și oricărui stat invitat să adere la prezenta convenție.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

DECRET

pentru promulgarea Legii privind ratificarea Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981

În temeiul prevederilor art. 77 alin. (1) și ale art. 99 alin. (1) din Constituția României,

Președintele României d e c r e t e a z ă :

Articol unic. — Se promulgă Legea privind ratificarea Convenției pentru protejarea persoanelor față de prelucrarea automatizată a datelor cu caracter personal, adoptată la Strasbourg la 28 ianuarie 1981, și se dispune publicarea acestei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
ION ILIESCU

București, 26 noiembrie 2001.
Nr. 976.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară

În temeiul prevederilor art. 107 din Constituția României și ale art. 11 alin. (2) din Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — (1) Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul acreditat ca medic de familie — furnizor de servicii medicale primare, împreună cu personalul sanitar acreditat, în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare. Acreditarea de noi medici de familie în sistemul de asigurări sociale de sănătate se face în limita numărului de posturi necesare pe localități. Acest număr se stabilește de către comisia paritară de acreditare formată din reprezentanții consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, și ai caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a

municipiului București, ai Casei de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și ai Casei de Asigurări de Sănătate a Transporturilor, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, împreună cu direcțiile de sănătate publică.

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

(3) Numărul minim de asigurați pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități de către comisiile paritare de acreditare județene împreună cu direcțiile de sănătate publică, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii. Medicilor de familie acreditați și aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, al căror număr de asigurați din lista proprie scade sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, li se reziliază

contractul și li se retrage acreditarea pentru localitatea respectivă, asigurații de pe listele acestora putând opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștință asiguraților de către casele de asigurări de sănătate.

Art. 3. — Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului se acordă servicii medicale în centrele de permanență organizate de direcțiile de sănătate publică.

Art. 4. — Medicii de familie acreditați acordă asistență medicală pentru asigurații înscrși în lista proprie, asigură servicii medicale de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii și au obligația de a furniza servicii medicale, pentru cazurile care pot avea consecințe negative asupra sănătății publice — imunizări, examene de bilanț la copii, depistare activă TBC, supravegherea gravidelor —, populației din zona stabilită și repartizată de către direcțiile de sănătate publică. Zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică fiecărui medic de familie va fi adusă la cunoștință casei de asigurări de sănătate.

Art. 5. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a) tarif pe persoană asigurată — *per capita*;
- b) tarif pe serviciu medical.

Art. 6. — (1) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară și ale normelor de aplicare a acestuia.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și

stipulate în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate.

Art. 7. — Controlul activității furnizorilor de servicii medicale primare se asigură de către serviciile specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și a direcțiilor de sănătate publică, împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național și județean, precum și a altor organe abilitate de lege.

Art. 8. — Ministerul Sănătății și Familiei, autoritate publică centrală în domeniul asigurării, promovării și ocrotirii sănătății populației, supraveghează respectarea legislației în domeniu pentru garantarea dreptului la asistență medicală, colaborând în acest scop cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, autoritățile publice centrale și locale și cu alte instituții abilitate.

Art. 9. — În aplicarea prezentei hotărâri Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei, elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*. Normele se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei, și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 10. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2002, dată la care își încetează aplicabilitatea prevederile referitoare la asistența medicală primară din Hotărârea Guvernului nr. 165/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 34 din 19 ianuarie 2001, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
ADRIAN NĂSTASE

Contrasemnează:

p. Ministrul sănătății și familiei,
Radu Deac,
secretar de stat

p. Ministrul apărării naționale,
Gheorghe Matache,
secretar de stat

Ministru de interne,
Ioan Rus

Ministrul lucrărilor publice, transporturilor și locuinței,
Miron Tudor Mîtreă

Ministrul finanțelor publice,
Mihai Nicolae Tănăsescu

București, 6 decembrie 2001.
Nr. 1.244.

ANEXĂ

CONTRACT - CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

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

a) să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților de pe lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege. Calitatea de asigurat se dovedește cu carnetul de asigurat. Serviciile medicale care se acordă de medicul de familie și lista cuprinzând

investigațiile paraclinice ce pot fi recomandate de către acesta sunt stabilite prin norme;

b) să asigure în cadrul serviciilor furnizate toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea de medicină generală. De asemenea, are obligația de a interpreta investigațiile necesare în afecțiunile prevăzute în tematica pe aparate și sisteme;

c) să presteze servicii medicale, pentru cazurile care pot avea consecințe negative asupra sănătății publice, populației din zona stabilită și repartizată de către direcțiile de sănătate publică și neînscrise pe listele medicilor de familie:

(i) imunizări;

(ii) examen de bilanț la copii;

(iii) depistare activă TBC;

(iv) supravegherea gravidelor;

d) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscrși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate cu privire la asigurații care nu mai fac dovada calității de asigurat, prin neplata contribuției ce revine ca obligație asiguratului;

e) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

f) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

g) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie o dată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune. Copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, potrivit celor arătate mai sus, vor fi înscrși cu sprijinul primăriei care a înregistrat nașterea. În cazul gravidelor neînscrise pe lista unui medic de familie, care îndeplinesc condițiile de persoană asigurată, la prima consultație în localitatea de reședință a acestora vor fi înscrise pe lista medicului de familie care a acordat consultația;

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

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

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

k) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele privind activitățile realizate, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii;

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

m) să respecte normele de raportare a bolilor și de efectuare a vaccinărilor, conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

p) să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor prezentei hotărâri și a normelor metodologice de aplicare a acesteia.

(2) Se recomandă participarea la acțiunile de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică și de casele de asigurări de sănătate privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România. În caz de neparticipare, medicul își asumă răspunderea pentru nerespectarea și aplicarea incorectă a legii în domeniu.

Art. 2. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;

c) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul de asigurări sociale de sănătate aferent asistenței medicale primare și decontate de casele de asigurări de sănătate;

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

Art. 3. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, conform contractelor încheiate cu aceștia;

b) să verifice prescrierea medicamentelor de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară în conformitate cu reglementările în vigoare;

c) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată;

e) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

f) să accepte un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;

g) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care și-au pierdut calitatea de asigurat prin neplata contribuției ce revine ca obligație de plată asiguratului;

h) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare și

să facă publice valorile punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

i) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare;

j) să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care are încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care se virează contribuția acestora.

Pentru asigurații care virează contribuția la Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscrși în listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București confirmarea calității de asigurat se face de către Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator.

CAPITOLUL II

Condițiile acordării asistenței medicale primare

Art. 4. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale primare și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal al cabinetului medical, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale;

b) autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfășoară activitatea;

c) contul deschis la trezoreria statului;

d) codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;

e) certificatul de acreditare pentru fiecare medic de familie pe care îl reprezintă;

f) lista cuprinzând asigurații înscrși de fiecare medic pe care îl reprezintă;

g) dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă.

Cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte sanitare numai în rural, în situația în care asigurații de pe lista proprie a medicilor respectivi au răspândire mare în teritoriu. Autorizația sanitară este obligatorie atât pentru cabinetele medicale, cât și pentru punctele sanitare ale acestora.

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

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

Art. 5. — (1) Programul de activitate al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi, de luni până vineri, minimum 5 ore la cabinetul medical și 2 ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. În cazul în care numărul asiguraților înscrși pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit pe total țară, respectiv de 1.700, programul total de lucru se prelungește corespunzător, acolo unde este posibil, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurați. La stabilirea programului de activitate se va ține seama și de serviciile

furnizate pentru zona stabilită și repartizată de direcția de sănătate publică. Programul de activitate astfel stabilit se aduce la cunoștință asiguraților prin afișare într-un loc vizibil la cabinetul medical și se transmite caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

(2) Serviciile medicale de urgență în afara programului de lucru sunt asigurate, după caz, de:

a) medicii asociați din mai multe localități sau din aceeași localitate, în centre de permanență, pentru toate persoanele care solicită aceste servicii;

b) medicul de familie, cu domiciliul în localitatea respectivă, care poate acorda servicii medicale de urgență în afara programului de lucru, acolo unde nu este organizat centrul de permanență;

c) serviciile de urgență prespitalicești solicitate direct sau prin intermediul administrației publice locale în zonele rurale, dacă nu este organizat centru de permanență sau dacă nu există medic de familie cu domiciliul în localitatea respectivă.

(3) Pentru a putea fi contractat în caz de urgențe medicale în afara programului de lucru, medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență la care se poate apela, precum și numărul de telefon la care poate fi apelat serviciul medical de urgențe prespitalicești.

Art. 6. — Pentru populația din zona stabilită și repartizată de către direcția de sănătate publică, pe baza catagrafiei efectuate de direcția de sănătate publică împreună cu organul de poliție, casa de asigurări de sănătate întocmește o listă suplimentară cuprinzând persoanele neînscrise pe lista unui medic de familie, pe care o transmite medicului de familie căruia i s-a repartizat zona. Administrația publică locală împreună cu direcția de sănătate publică și cu organul fiscal vor stabili statutul acestor persoane în vederea dobândirii calității de asigurat. Persoanelor cărora nu li se confirmă statutul de asigurat medicul de familie le acordă serviciile medicale pentru cazurile cu consecințe negative asupra sănătății publice, prevăzute în norme.

Art. 7. — Pentru acordarea serviciilor medicale contractate cabinetele medicale vor încadra un asistent medical la 1.000 de asigurați înscrși în lista proprie a unui medic de familie. Asistentul medical poate fi încadrat și cu fracțiuni de normă dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1.000 de asigurați. Drepturile salariale ale cadrelor medii sanitare se stabilesc prin negociere, potrivit normelor.

Art. 8. — Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară pentru asigurați se face prin:

a) plată prin tarif pe persoană asigurată stabilită în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul și de structura pe grupe de vârstă ale asiguraților înscrși pe lista proprie, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și în funcție de gradul profesional și de valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei. Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabilește prin norme.

Numărul de puncte acordat pentru fiecare persoană înscrisă corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unui pachet de servicii medicale pe durata unui an. Pachetul de servicii medicale și condițiile în care se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Aceasta se regularizează trimestrial, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru;

b) plată prin tarif pe serviciu medical stabilită pentru anumite servicii. Lista cuprinzând aceste servicii, numărul de

puncte acordat pentru acestea și valoarea unui punct se stabilesc prin norme.

Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Aceasta se regularizează trimestrial conform normelor.

Art. 9. — Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară acordate persoanelor cuprinse în lista suplimentară, aferente zonei repartizate medicului de familie, se face prin plată pe serviciu.

Art. 10. — Veniturile realizate conform art. 8 și 9 reprezintă veniturile furnizorilor de servicii medicale din care se suportă și următoarele categorii de cheltuieli:

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

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

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

Art. 11. — Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

Art. 12. — (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical nou-înființat sau deja existent, în care nu a funcționat un medic de familie, pe un post considerat a fi necesar de către direcția de sănătate publică împreună cu casa de asigurări de sănătate, beneficiază lunar, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru înscrierea asiguraților în lista proprie, de:

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

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale încheiate între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, stabilită conform normelor.

(2) Medicii de familie menționați la alin. (1) pot beneficia la cerere de o indemnizație de instalare, în situația în care cabinetul medical funcționează în localități izolate, cu condiții grele sau foarte grele și cu un număr mic de locuitori ori în localități deficitare din punct de vedere al prezenței medicului de familie, din cauza nivelului socioeconomic și educațional al populației.

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

Art. 13. — (1) Asigurații în vârstă de peste 30 de ani au dreptul la un control medical anual, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, control care se va efectua pe baza unei planificări trimestriale, afișată la cabinetul medicului de familie. Casele de asigurări de sănătate au obligația să informeze public asigurații despre obligativitatea efectuării acestui serviciu. Neefectuarea acestor controale medicale din cauza medicului de familie, în proporție de peste 20% pe trimestru, atrage

după sine diminuarea cu 10% a veniturilor aferente plății *per capita* pentru trimestrul respectiv.

(2) În cazul în care casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente, cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, la medicii de familie la care se înregistrează aceste situații valoarea definitivă a punctului *per capita* în trimestrul respectiv se diminuează cu câte 10% pentru fiecare dintre cele două situații.

(3) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1) și (2), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la întregirea fondului aferent consumului de medicamente, cu sau fără contribuție personală.

Art. 14. — Tipul de contract pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară se stabilește prin norme. Utilizarea acestui tip de contract este obligatorie; furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot negocia clauze suplimentare cu casele de asigurări de sănătate, în limita condițiilor prevăzute în actele normative în vigoare, care vor fi menționate la capitolul „Alte clauze“.

Art. 15. — Fondul pentru asistența medicală primară se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și serviciilor cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, la stabilirea căreia se va lua în considerare cel puțin fondul aprobat pentru anul precedent, aferent asistenței medicale primare, indexat cu coeficientul de inflație prognozat pentru anul în curs. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la propunerile caselor de asigurări de sănătate, analizează și stabilește cota procentuală, cu avizul Colegiului Medicilor din România. Aceasta se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei.

Art. 16. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea estimată, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori, potrivit normelor, până la data de 3 a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(2) În cazul în care termenul de plată nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările care se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

(3) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele prestații raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta. Contestațiile împotriva acestor refuzuri se soluționează de comisiile de arbitraj organizate potrivit legii.

Art. 17. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

(2) Raportarea unor servicii care nu au fost realizate sau care au fost realizate în alte condiții decât cele pentru care s-a solicitat decontarea se regularizează conform normelor. De asemenea, la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

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

a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului;

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

e) în cazul în care numărul de asigurați din lista proprie a unui medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 2 alin. (3) din prezenta hotărâre;

f) în situația aplicării de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului *per capita* pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

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

a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

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

d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art. 14 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001;

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

f) acordul de voință al păților;

g) prin denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical, printr-o notificare scrisă, cu 45 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

CAPITOLUL III

Dispoziții finale

Art. 20. — Cheltuielile aferente dispensarelor medicale fără medic se prevăd în contractele încheiate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică în structura cărora se află aceste dispensare.

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice

În temeiul prevederilor art. 107 din Constituția României și ale art. 11 alin. (2) din Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — (1) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de către medicii de specialitate acreditați, împreună cu alt personal sanitar acreditat, și se acordă în:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii;

c) ambulatorii de specialitate integrate spitalelor din rețeaua ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, care îndeplinesc criteriile de selecție prevăzute în ordinul comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei.

(2) Serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și

boli metabolice, boli infecțioase, dializă, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, staționare de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale pentru consultații interdisciplinare și tratamente, cabinete medicale pentru asigurarea asistenței medicale pentru control medical al pacienților externai și internați, structuri de primire urgențe — unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, cameră de gardă —, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, care se află în structura spitalelor, ca unități sanitare fără personalitate juridică, se decontează potrivit Contractului-cadru în asistența medicală spitalicească și normelor metodologice de aplicare a acestuia, prin bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, aprobat conform legii.

(3) În localitățile în care nu funcționează, în ambulatoriu, laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale sau de explorări funcționale ori nu există posibilitatea tehnică de a se efectua anumite investigații paraclinice în ambulatoriu, aceste investigații se pot efectua în laboratoarele spitalelor în regim ambulatoriu, decontarea lor făcându-se potrivit Contractului-cadru în asistența medicală spitalicească și normelor metodologice de aplicare a acestuia, prin bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, aprobat conform legii.

(4) Serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate se acordă în baza contractelor încheiate între

furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 3. — (1) Medicii de specialitate din specialitățile clinice și stomatologice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialității obținute prin ordin al ministrului sănătății și familiei, cu excepția medicilor de medicină generală care au obținut competență de acupunctură, fitoterapie și homeopatie, care sunt certificați de Ministerul Sănătății și Familiei și lucrează exclusiv în aceste activități, pentru care contractele cu casele de asigurări de sănătate se încheie pentru competențele de mai sus. De asemenea, pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate și dentiștii acreditați de comisiile paritare de acreditare, organizate conform legii.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate acreditați, pe fiecare specialitate clinică și stomatologică și pe județe, care urmează să intre în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, se stabilește de către comisiile paritare de acreditare împreună cu direcțiile de sănătate publică.

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

(4) Medicii din specialitățile medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății și familiei.

Art. 4. — Medicii de specialitate din ambulatoriile de specialitate acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, tratamente diagnostice și terapeutice, investigații paraclinice.

Art. 5. — Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tariful pe serviciu medical.

Art. 6. — (1) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte

prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice și ale normelor de aplicare a acestuia.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru și stipulate în contractul de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

Art. 7. — Controlul activității furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate se asigură de către serviciile specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și a direcțiilor de sănătate publică împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, precum și al altor instituții abilitate de lege.

Art. 8. — Ministerul Sănătății și Familiei, autoritate publică centrală în domeniul asigurării, promovării și ocrotirii sănătății populației, supraveghează respectarea legislației în domeniu pentru garantarea dreptului la asistență medicală, colaborând în acest scop cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, autoritățile publice centrale și locale și cu alte instituții abilitate.

Art. 9. — În aplicarea prezentei hotărâri Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Colegiul Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei, elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*. Normele se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății și Familiei, și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 10. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2002, dată la care își încetează aplicabilitatea prevederile referitoare la ambulatoriul de specialitate din Hotărârea Guvernului nr. 165/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2001, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 34 din 19 ianuarie 2001, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
ADRIAN NĂSTASE

Contrasemnează:

p. Ministrul sănătății și familiei,
Radu Deac,
secretar de stat

p. Ministrul apărării naționale,
Gheorghe Matache,
secretar de stat
Ministru de interne,
Ioan Rus

Ministrul lucrărilor publice, transporturilor și locuinței,
Miron Tudor Mitrea
Ministrul finanțelor publice,
Mihai Nicolae Tănăsescu

CONTRACT - CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

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

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Serviciile medicale care se acordă de medicul de specialitate, lista cuprinzând investigațiile paraclinice ce pot fi recomandate de către acesta, lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, sunt stabilite prin norme;

b) să presteze servicii medicale, pentru cazurile care pot avea consecințe negative asupra sănătății publice, persoanelor prevăzute în lista suplimentară a medicului de familie, pe baza biletului de trimitere eliberat de acesta. Medicii care acordă aceste servicii sunt desemnați de către direcțiile de sănătate publică și menționați pe biletul de trimitere;

c) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

d) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală, ori de câte ori se solicită aceste servicii medicale;

e) să respecte criteriile medicale de calitate a serviciilor medicale prestate și a activității desfășurate în cabinetul medical/laboratorul medical;

f) să ofere relații asiguraților despre drepturile pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, despre serviciile oferite, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să îi consilieze în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

g) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

h) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de facturare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

i) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

j) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de specialitate și a unității sanitare, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;

k) să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze într-un loc vizibil la cabinetul medical/laboratorul medical, cu respectarea prevederilor prezentei hotărâri și a normelor metodologice de aplicare a acesteia, și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

l) să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală expediată direct despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului care a făcut solicitarea;

m) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare a datelor care au stat la baza încheierii contractului cu aceasta;

o) să acorde asistență medicală asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări sociale de sănătate pentru aceștia;

p) să nu încaseze de la asigurați contribuție personală pentru serviciile medicale furnizate care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate, conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

q) să afișeze într-un loc vizibil la cabinetul medical sau la laborator numele casei sau caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale.

(2) Se recomandă participarea la acțiunile de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică și casele de asigurări de sănătate, privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România. În caz de neparticipare medicul își asumă răspunderea pentru nerespectarea și aplicarea incorectă a legii în domeniu.

Art. 2. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;

c) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul de asigurări sociale de sănătate aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate și decontate de casele de asigurări de sănătate;

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

Art. 3. — În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, conform contractelor încheiate cu aceștia;

b) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandările pentru efectuarea investigațiilor paraclinice ale furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, în conformitate cu reglementările în vigoare;

c) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorii definitive a punctului;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării acestora;

e) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

f) să accepte un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;

g) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare; să facă publică valoarea punctului rezultat în urma regularizării trimestriale, începând cu ziua următoare transmiterii acestuia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

h) să furnizeze, la solicitarea Ministerului Sănătății și Familiei, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor în vigoare;

i) Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor sunt obligate să încheie contracte de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate cu toate cabinetele/laboratoarele medicale din ambulatoriul de specialitate în situația în care cel puțin 5% din serviciile oferite de acestea, cuantificate prin număr de puncte sau valoric, după caz, pe baza evidențelor acestora din anul anterior încheierii contractului, se acordă asiguraților pentru care se virează contribuția la casele de asigurări de sănătate respective.

CAPITOLUL II

Condițiile acordării asistenței medicale în ambulatoriul de specialitate

Art. 4. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale de specialitate și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal al unităților sanitare prevăzute la art. 2 alin. (1) din prezenta hotărâre, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale;

b) autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfășoară activitatea;

c) cont deschis la trezoreria statului;

d) codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;

e) certificatul de acreditare pentru fiecare medic de specialitate pe care îl reprezintă;

f) dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă;

g) datele necesare pentru încadrarea laboratoarelor medicale, conform criteriilor de selecție.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie contract cu casa de asigurări de sănătate din raza administrativ-teritorială în care își are sediul cabinetul medical sau laboratorul, cu alte case de asigurări de sănătate, precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor, în condițiile prevăzute la art. 3 lit. i) din prezentul contract-cadru.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția acestora, în situația în care furnizorul are contract cu o singură casă de asigurări de sănătate. În situația în care un furnizor a încheiat mai multe contracte, fiecare casă de asigurări de sănătate va deconta contravaloarea serviciilor acordate pentru asigurații care virează contribuția la acestea. În situația în care furnizorii acordă servicii medicale unor asigurați a căror contribuție este virată la case de asigurări de sănătate cu care acești furnizori nu au contracte încheiate, contravaloarea serviciilor prestate acestor asigurați în cadrul contractului încheiat se decontează de casele de asigurări de

sănătate în a căror rază administrativ-teritorială furnizorul își are sediul.

(4) Fiecare medic de specialitate care oferă servicii medicale de specialitate în ambulatoriu, atât ca titular, cât și ca angajat, își desfășoară activitatea pe bază de contract cu casele de asigurări de sănătate într-un singur cabinet medical sau laborator organizat conform ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001.

Art. 5. — Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice își stabilesc programul de activitate de luni până sâmbătă inclusiv, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână. În situația în care volumul serviciilor medicale necesar a fi furnizat asiguraților nu conduce la o încărcare corespunzătoare a programului de lucru, acesta poate fi redus în mod corespunzător cu acordul direcțiilor de sănătate publică și al caselor de asigurări de sănătate. În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu până la 50%. În situația în care programul majorat nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de așteptare pentru asigurați. În cabinetele medicale stomatologice și în laboratoarele medicale medicii își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor medicale stomatologice și al serviciilor medicale paraclinice contractate. Serviciile medicale din specialitățile clinice și stomatologice se acordă conform programărilor. În cabinetele medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, în care își desfășoară activitatea medicii de specialitate care au contract de muncă sau integrare clinică în spital, programul de activitate se stabilește în afara programului de lucru din spital. Nerespectarea acestor prevederi atrage măsuri disciplinare mergând până la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Programul de activitate astfel stabilit se aduce la cunoștință asiguraților prin afișarea într-un loc vizibil la cabinetul medical și se transmite caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

Art. 6. — (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plată prin tarif exprimat în puncte pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional și de valoarea unui punct. Lista cuprinzând aceste servicii medicale, numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, precum și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile menționate anterior se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei.

Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Aceasta se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, conform normelor;

b) plată prin tarif exprimat în lei pentru serviciile acordate în specialitățile paraclinice, stomatologice și în bazele de tratament pentru recuperare-reabilitare, stabilită în funcție de numărul de servicii medicale și tarifele aferente acestora. Lista cuprinzând serviciile medicale, tarifele acestora și condițiile în care se acordă se stabilesc prin norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii din cabinetele medicale școlare sau

studentești pentru elevi, respectiv studenți, medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie, medicii din centrele de îngrijire și asistență în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie, medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate, pentru copiii încredințați sau dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie, precum și pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

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

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

(5) Pentru serviciile medicale stomatologice diferența dintre suma decontată de casele de asigurări de sănătate și tariful aferent serviciilor medicale stomatologice prevăzute în norme se suportă de asigurați. În acest scop reprezentantul legal al cabinetului medical stomatologic va afișa la loc vizibil la cabinetul medical lista cuprinzând serviciile medicale și sumele pe care trebuie să le suporte asigurații, pentru care se va încasa contravaloarea acestora pe bază de chitanță fiscală.

Art. 7. — Veniturile realizate conform art. 6 alin. (1) din prezentul contract-cadru reprezintă veniturile furnizorilor de servicii medicale din care se suportă și următoarele categorii de cheltuieli:

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

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

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

Art. 8. — Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, poate angaja medici, dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevederilor aceleiași ordonanțe, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Personalul angajat beneficiază de drepturile prevăzute de legislația muncii în vigoare. La negocierea salariilor se va avea în vedere respectarea nivelurilor minime stabilite potrivit legii. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore, încadrarea personalului mediu sanitar este obligatorie.

Art. 9. — (1) În cazul în care casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri de medicamente nejustificate și/sau recomandări de investigații para-

clinice nejustificate, la medicii de specialitate la care se înregistrează aceste situații se va diminua cu câte 10% valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv, pentru fiecare situație, sau, după caz, se va diminua cu câte 10% contravaloarea serviciilor medicale stomatologice aferente trimestrului respectiv, pentru fiecare situație.

(2) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la întregirea fondului aferent consumului de medicamente, cu sau fără contribuție personală, în ambulatoriu.

Art. 10. — Tipurile de contract pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se stabilesc prin norme. Utilizarea acestor tipuri de contracte este obligatorie; furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pot negocia clauze suplimentare cu casele de asigurări de sănătate, în limita condițiilor prevăzute în actele normative în vigoare, și care vor fi menționate la capitolul „Alte clauze“.

Art. 11. — Fondul pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și serviciilor cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, la stabilirea căreia se va lua în considerare cel puțin fondul aprobat pentru anul precedent, aferent asistenței medicale ambulatorie de specialitate, indexat cu coeficientul de inflație prognozat pentru anul în curs. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la propunerile caselor de asigurări de sănătate, analizează și stabilește cota procentuală, cu avizul Colegiului Medicilor din România. Aceasta se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei.

Art. 12. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizori de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate, la valoarea estimată, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori, potrivit normelor, până la data de 3 a lunii următoare celei pentru care se face plata.

(2) În cazul în care termenul de plată nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările ce se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

(3) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele prestații raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta. Contestațiile împotriva acestor refuzuri se soluționează de către comisiile de arbitraj organizate potrivit legii.

Art. 13. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

(2) Raportarea unor servicii care nu au fost realizate sau care au fost realizate în alte condiții decât cele pentru care s-a solicitat decontarea se regularizează conform normelor. De asemenea, la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 14. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă medicul nu începe activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întreprinde activitatea pe o perioadă mai mare de 3 luni;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului;

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

e) în situația aplicării de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului sau a contravalorii serviciilor stomatologice, pentru abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice;

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

Art. 15. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) se mută cabinetul medical din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

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

d) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, în cazul cabinetelor medicale organizate potrivit art. 14 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001;

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

f) acordul de voință al părinților;

g) prin denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical printr-o notificare scrisă cu 45 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului.

ACTE ALE CONSILIULUI NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI

CONSILIUL NAȚIONAL AL AUDIOVIZUALULUI

DECIZIE

privind retragerea Licenței de emisie nr. TV 100 din 24 octombrie 1995, acordată Societății Comerciale „ROMSAT CARDINAL NETWORK” — S.A. pentru postul de televiziune TELE 7 BACĂU

În conformitate cu dispozițiile art. 29 din Legea audiovizualului nr. 48/1992 și în baza art. 37 alin. (1) lit. d) din aceeași lege,

Consiliul Național al Audiovizualului decide:

Articol unic. — Se retrage Licența de emisie nr. TV 100 din 24 octombrie 1995 pentru postul de televiziune TELE 7 Bacău, acordată Societății Comerciale „ROMSAT CARDINAL NETWORK” — S.A., pentru localitatea Bacău, în temeiul art. 37 alin. (1) lit. d) din Legea audiovizualului nr. 48/1992.

Această măsură a fost luată de Consiliul Național al Audiovizualului ca urmare a faptului că societatea nu a difuzat

program propriu local din luna mai 2001, încălcându-se astfel prevederile Deciziei Consiliului Național al Audiovizualului nr. 115 din 22 septembrie 1998 privind intervalele orare de difuzare a programelor proprii locale ale stațiilor afiliate.

Societății Comerciale „ROMSAT CARDINAL NETWORK” — S.A. i-a fost adresată, pentru aceeași abatere, Somația publică nr. 5.631 din 5 octombrie 2001.

Președintele Consiliului Național al Audiovizualului,
Șerban Madgearu

București, 26 noiembrie 2001.
Nr. 145.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, str. Izvor nr. 2-4, Palatul Parlamentului, sectorul 5, București,
cont nr. 2511.1-12.1/ROL Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și nr. 5069427282 Trezoreria sector 5, București (alocat numai persoanelor juridice bugetare).

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 411.97.54, tel./fax 410.77.36.

Tiparul : Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, tel. 490.65.52, 335.01.11/2178 și 402.21.78,
E-mail: ramomrk@bx.logicnet.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro