

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

DECRET
pentru acordarea gradului diplomatic de ambasador
unor diplomați

În temeiul prevederilor art. 94 lit. c) și ale art. 99 alin. (1) din Constituția României, precum și ale art. 6 alin. 1 și ale art. 8 alin. 2 din Statutul Corpului Diplomatic și Consular al României, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.070/1990, având în vedere propunerea ministrului afacerilor externe,

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

Articol unic. — Se acordă gradul diplomatic de ambasador doamnei Simona Mirela Miculescu, precum și domnilor Mihnea Ioan Motoc și Mihnea Marian Constantinescu.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
ION ILIESCU

București, 24 decembrie 2002.
Nr. 1.063.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE
pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești,
îngrijirilor la domiciliu, serviciilor medicale de urgență și transport sanitar, precum și a serviciilor
de recuperare a sănătății, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

În temeiul art. 107 din Constituție și al art. 10 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor medicale de urgență și transport sanitar, precum și a serviciilor de recuperare a sănătății, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare *contract-cadru*, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și acreditate, care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

(2) Asistența medicală spitalicească se asigură pentru cazurile acute, când se constată o stare a sănătății ce pune în pericol viața sau care are acest potențial ori când diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, precum și pentru cazurile cronice care necesită tratament sub supraveghere sau în alte situații justificate din punct de vedere medical.

Art. 3. — (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru și pot fi, după caz:

- a) tarif pe zi de spitalizare;
- b) tarif pe caz rezolvat;
- c) tarif pe serviciu medical.

În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor aloca, în primele 15 zile ale lunii, până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile calendaristice ale lunii următoare.

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

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

b) sume pentru servicii medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete stomatologice pentru servicii de urgență, structuri de primire a urgențelor: unitate de primire a urgențelor, centru de primire a urgențelor, modul de urgență, camera de gardă;

c) sume pentru cofinanțarea instalării și întreținerii aparaturii medicale de înaltă performanță achiziționate din credite externe;

d) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiași și pentru personalul din activitatea de cercetare, încadrați cu contract de muncă în spital;

e) sume pentru medicii și celălalt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 pentru reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, încadrați la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate;

f) sume reprezentând diferența dintre suma aferentă serviciilor medicale spitalicești realizate în limita prevederilor din actele normative aplicabile în anul 2002 și suma reprezentând valoarea decontată din contract pentru serviciile medicale spitalicești, în aceeași perioadă.

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

(4) Nivelul coplății pentru unele servicii acordate în asistența medicală spitalicească se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și

este prevăzut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 4. — (1) Îngrijirile la domiciliu se acordă de către unități specializate — persoane fizice sau juridice, autorizate și acreditate în condițiile legii, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri la domiciliu.

(2) Lista serviciilor de îngrijiri la domiciliu prevăzută în pachetul de servicii de bază și condițiile acordării acestora se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 5. — Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu, tarifele aferente serviciilor de îngrijiri la domiciliu, precum și nivelul coplății pentru unele servicii se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 6. — (1) Asistența medicală de urgență și de transport sanitar se acordă prin serviciile medicale specializate, autorizate și acreditate, și constă în servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii și transportul până la unitatea sanitară, precum și în transportul sanitar.

(2) În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor aloca în primele 15 zile ale lunii până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare.

(3) Serviciile specializate în asistența medicală de urgență și transport sanitar beneficiază în anul 2003 și de sume reprezentând diferența dintre suma aferentă serviciilor de asistență medicală de urgență și transport sanitar realizate ca urmare a solicitărilor justificate, cu respectarea prevederilor din actele normative aplicabile în anul 2002, și suma reprezentând valoarea decontată din contract pentru serviciile medicale de urgență și transport sanitar, în aceeași perioadă.

Art. 7. — (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:

a) tarif pe kilometru echivalent parcurs sau milă parcursă pentru serviciile de transport medical;

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

(2) Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs, milă parcursă sau oră de zbor, după caz. Nivelul coplății pentru unele servicii de transport sanitar se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea

Colegiului Medicilor din România, și este prevăzut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 8. — Serviciile medicale de recuperare a sănătății se asigură în unități medicale de specialitate, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente de recuperare din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu completările ulterioare, precum și în cabinete medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, cu autorizație sanitară de funcționare și acreditate.

Art. 9. — Modalitățile de plată a serviciilor medicale de recuperare a sănătății sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

b) tarif pe zi de spitalizare pentru serviciile medicale acordate în sanatorii, inclusiv în sanatoriile balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. În cadrul sumelor negociate și contractate casele de asigurări de sănătate vor aloca în primele 15 zile ale lunii până la 80% din suma corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare. În cazul sanatoriilor balneare sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate au în vedere tariful pe zi de spitalizare diminuat cu procentul de contribuție suportat de asigurați. Asigurații plătesc o contribuție de 25—30% din costul unei zile de spitalizare, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

c) tarif pe serviciu medical în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale acordate în unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu completările ulterioare, și în cabinete medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din

sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate prin tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru. Nivelul coplății pentru unele servicii medicale de recuperare efectuate în ambulatoriul de specialitate se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzut în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

Art. 10. — (1) Furnizorii de servicii medicale spitalicești, furnizorii de îngrijiri la domiciliu, furnizorii de servicii de asistență medicală de urgență și transport sanitar, furnizorii de servicii medicale de recuperare a sănătății și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia.

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

Art. 11. — Monitorizarea activității furnizorilor de servicii medicale spitalicești și controlul furnizorilor de servicii medicale de recuperare, de servicii medicale de urgență, de transport sanitar și de îngrijiri la domiciliu se asigură de către servicii specializate din structura Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei, a direcțiilor de sănătate publică, respectiv a direcțiilor medicale și a altor structuri similare aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și de alte instituții abilitate, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 12. — Fondurile pentru asistența medicală spitalicească, serviciile de îngrijiri la domiciliu, asistența medicală de urgență și transport sanitar și asistența medicală de recuperare se aprobă potrivit legii.

Art. 13. — Contractele încheiate în anul 2002 de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu furnizorii de medicamente și materiale sanitare specifice, acordate în

cadrul programelor de sănătate în spitale și în ambulatoriu, achiziționate prin licitație la nivel național, pot fi prelungite pe bază de act adițional și în anul 2003, până la organizarea unei noi achiziții publice.

Art. 14. — 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. 15. — (1) În temeiul art. 10 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România, și a Ordinului Asistenților Medicali din România, elaborează norme metodologice de aplicare a

contractului-cadru aprobat prin prezenta hotărâre, denumite în continuare *norme*.

(2) Normele se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 16. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2003.

(2) Pe data intrării în vigoare a prezentei hotărâri își încetează aplicabilitatea Hotărârea Guvernului nr. 1.330/2001 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și altor tipuri de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare a sănătății, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 38 din 21 ianuarie 2002, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
ADRIAN NĂSTASE

Contrasemnează:

p. Ministrul sănătății și familiei,

Radu Deac,

secretar de stat

Ministrul finanțelor publice,

Mihai Nicolae Tănăsescu

București, 18 decembrie 2002.

Nr. 1.511.

ANEXĂ

CONTRACT - CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar, precum și a serviciilor de recuperare a sănătății, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

CAPITOLUL I

Servicii medicale spitalicești

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale privind serviciile medicale spitalicești

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

a) să acorde servicii medicale respectând criteriile de calitate elaborate de Colegiul Medicilor din România și negociate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

b) să nu refuze acordarea asistenței medicale de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;

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

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

e) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești a serviciilor furnizate;

f) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;

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

h) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale. Pentru eficientizarea serviciilor medicale se vor întocmi liste de așteptare, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală;

i) să transmită datele solicitate de casele de asigurări de sănătate și de direcțiile de sănătate publică privind furnizarea serviciilor medicale și starea de sănătate a persoanelor consultate sau tratate, fiind direct răspunzătoare de corectitudinea acestora, 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;

j) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*;

k) să elibereze acte medicale în condițiile stabilite prin norme;

l) să raporteze indicatorii prevăzuți în normele privind execuția, raportarea și controlul programelor naționale de sănătate și să utilizeze eficient sumele cu această destinație. Pentru aceste activități spitalele care derulează programe naționale de sănătate vor ține evidențe distincte;

m) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat;

n) să țină evidența distinctă a pacienților internați în urma unor accidente de muncă, inclusiv a sportivilor profesioniști, apărute în cadrul exercitării profesiei, și a îmbolnăvirilor profesionale, pentru care contravaloarea serviciilor medicale acordate nu se suportă de casele de asigurări de sănătate;

o) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a maladiilor — varianta 10, pe baza reglementărilor în vigoare.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat potrivit alin. (1) lit. m), spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă internarea nu se mai justifică; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente servici-

ilor medicale de către acesta; spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, în termen de 72 de ore de la internarea pacientului, cu justificarea medicală a internării de urgență; în această situație casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea numărului de zile de spitalizare corespunzătoare perioadei de urgență, cu respectarea condițiilor de decontare a serviciilor medicale spitalicești.

(3) Se recomandă participarea conducerii spitalelor la acțiuni de instruire, organizate de direcțiile de sănătate publică și de casele de asigurări de sănătate, privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările sociale de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România.

Art. 2. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

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

b) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale efectuate de la persoanele care se prezintă fără bilet de trimitere și care nu constituie urgențe medico-chirurgicale, precum și coplata pentru unele servicii medicale spitalicești acordate în asistența medicală spitalicească, stabilită de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzută în norme;

c) să își organizeze activitatea în vederea creșterii eficienței și eficacității actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Art. 3. — În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să contracteze servicii medicale numai cu spitalele autorizate și acreditate în care își desfășoară activitatea numai medici care au specialitatea corespunzătoare profilului secțiilor spitalului;

b) să monitorizeze activitatea furnizorilor de servicii medicale spitalicești conform contractelor încheiate cu spitalele;

c) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale spitalicești, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitalicești, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la

termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale;

e) să aloce în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare;

f) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale spitalicești despre condițiile de contractare;

g) în cazul unităților spitalicești care contractează servicii medicale cu o singură casă de asigurări de sănătate, să deconteze serviciile medicale spitalicești acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;

h) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care acesta virează contribuția, pentru care casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor furnizate.

SECȚIUNEA a 2-a

Condițiile acordării asistenței medicale spitalicești

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

- a) actul de înființare/organizare;
- b) autorizația sanitară de funcționare;
- c) codul fiscal;
- d) contul deschis la Trezoreria statului;
- e) certificat de acreditare eliberat conform legii.

(2) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, precum și cu alte case de asigurări de sănătate. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, avându-se în vedere la contractare și decontare întreaga activitate desfășurată pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

Art. 5. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă în spitale generale sau de specialitate, care pot avea în structura lor secții distincte pentru afecțiuni acute sau cronice, și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale și chirurgicale;

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

Definirea spitalizării pe diferite tipuri se stabilește prin norme.

(2) În centrele de diagnostic și tratament autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, se pot acorda servicii medicale spitalicești, altele decât dializa, în condițiile stabilite prin norme, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești.

Art. 6. — Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie sau a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile infectocontagioase care necesită izolare și tratament și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

Art. 7. — Suma totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se compune din :

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, în baza unor indicatori cantitativi și calitativi stabiliți prin norme, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

c) suma aferentă programelor de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale de sănătate;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, staționar de zi, structuri de primire a urgențelor, cabinete stomatologice pentru servicii de urgență — structuri care se află în componența spitalelor ca unități fără personalitate juridică, după cum urmează:

— sume stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare ale dispensarelor TBC și laboratoarelor de sănătate mintală — staționar de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;

— sume stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare ale cabinetelor stomatologice pentru serviciile de urgență și structurile de primire a urgențelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

e) sume pentru cofinanțarea instalării și întreținerii aparaturii medicale de înaltă performanță, achiziționată din

credite externe, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

f) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiați, precum și sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 41/2002, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

g) sume pentru medicii și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau în secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 pentru reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau, după caz, a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, în a căror rază administrativ-teritorială funcționează, încadrați la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat (în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate), finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

h) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, stabilite în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice și în normele metodologice de aplicare, aferente asistenței medicale de specialitate pentru specialitățile paraclinice, sume finanțate din fondul alocat pentru serviciile medicale paraclinice;

i) sume pentru unele servicii medicale stabilite prin norme, pentru care plata se face pe bază de tarif pe serviciu medical, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

j) sume reprezentând diferența dintre suma aferentă serviciilor medicale spitalicești realizate în limita prevederilor din actele normative aplicabile în anul 2002 și suma reprezentând valoarea decontată din contract pentru serviciile medicale spitalicești, în aceeași perioadă.

Art. 8. — Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale spitalicești contractate cu furnizorii de

servicii medicale spitalicești, în funcție de realizarea indicațiilor negociate, conform normelor, în următoarele condiții:

a) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și Familiei și nominalizate în norme; în situația în care durata medie de spitalizare realizată de spitale/secții este mai mare sau mai mică decât cea optimă, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale spitalicești la valoarea prevăzută pentru durata optimă; în situația în care suma aferentă depășirii duratei optime de spitalizare pe o secție nu este compensată cu suma corespunzătoare reducerii duratei optime de spitalizare la celelalte secții, casele de asigurări de sănătate pot deconta diferența care nu a fost compensată, dacă depășirea este justificată; în cazul în care asiguratul este transferat într-o secție de același profil la o altă unitate spitalicească, la decontare se ia în calcul pentru spitalul de la care a fost transferat asiguratul o durată de spitalizare care nu poate depăși 3 zile; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta, în vederea decontării, un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie bolnavi cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată. Pentru spitalizarea de o zi, la decontarea serviciilor medicale, durata optimă de spitalizare este de o zi;

b) pentru spitalele participante la programul național de finanțare bazat pe tarif pe caz rezolvat, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate; în situația în care numărul cazurilor ponderate rezultat ca urmare a validării este mai mare decât numărul negociat de cazuri ponderate, se acceptă o depășire cu cel mult 10% a sumei contractate; în situația în care numărul cazurilor ponderate rezultat ca urmare a validării este mai mic decât numărul negociat de cazuri ponderate, se acordă suma corespunzătoare cazurilor ponderate;

c) suma aferentă programelor naționale de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin programe pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) sumele pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, structuri de primire a urgențelor, cabinete stomatologice

pentru servicii de urgență — se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii spitalicești și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

e) suma pentru cofinanțarea instalării și întreținerii aparaturii de înaltă performanță achiziționată din credite externe se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumelor prevăzute în actul adițional, cumulată de la începutul anului;

f) suma pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, pentru medicii, stomatologii și farmaciștii stagiași și pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contract individual de muncă cu spitalele, acordată în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 41/2002, se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești;

g) suma pentru medicii și alt personal sanitar care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau în secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau, după caz, a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, în a căror rază administrativ-teritorială funcționează, încadrați la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat (în cazul unităților sanitare transferte integrale la serviciile publice specializate), se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumei prevăzute prin acte adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești;

h) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice și în normele metodologice de aplicare a acestuia;

i) suma pentru unele servicii medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe serviciu medical se decontează în funcție de numărul de servicii medicale efectuate și de tariful corespunzător în limita contractului încheiat;

j) sume reprezentând diferența dintre suma aferentă serviciilor medicale spitalicești realizate în limita prevederilor din actele normative aplicabile în anul 2002 și suma reprezentând valoarea decontată din contract pentru serviciile medicale spitalicești, în aceeași perioadă.

Art. 9. — Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 7, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice, acoperite prin programele naționale de sănătate, toate cheltuielile care, potrivit legii, sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară, cu excepția investigațiilor paraclinice efectuate în centrele de referință;

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

Art. 10. — Însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și însoțitorii persoanelor cu handicap gradul I beneficiază de plata serviciilor hoteliere (cazare și masă) din partea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 11. — (1) Asigurații suportă contravaloarea:

a) serviciilor hoteliere cu grad înalt de confort; definirea gradului înalt de confort se stabilește prin norme;

b) serviciilor medicale efectuate la cerere;

c) unor servicii medicale de înaltă performanță, stabilite de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzute în norme;

d) corecțiilor estetice pentru persoane în vârstă de peste 18 ani;

e) fertilizării *in vitro*, inclusiv medicația pentru aceasta;

f) transplantului de organe și țesuturi, cu excepția situațiilor prevăzute în norme.

(2) Tarifele serviciilor prevăzute la alin. (1) se stabilesc de unitățile sanitare care acordă aceste servicii în condițiile legii.

Art. 12. — Modalitățile de contractare și de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate se stabilesc prin norme.

Art. 13. — Tipul de contract pentru furnizarea serviciilor medicale spitalicești și plata acestora se stabilește prin norme. Utilizarea acestui tip de contract este obligatorie; în cuprinsul contractului pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 14. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, la termenele stabilite prin contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești și prin actele adiționale la acestea, contravaloarea serviciilor medicale furnizate.

(2) În cazul în care termenul de plată prevăzut în contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate să plătească majorări de întârziere egale cu majorările care se aplică pentru întârzierea plății impozitelor către stat.

(3) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a da curs cererilor înregistrate ale furnizorilor privind încheierea de contracte, precum și de a deconta unele servicii medicale raportate ca realizate conform contractului se face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta.

(4) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj, potrivit legii.

Art. 15. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii medicale de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență a serviciilor medicale furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile medicale realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

(2) Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 16. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) spitalele nou-înființate nu încep activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Art. 17. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea activității furnizorilor de servicii medicale spitalicești prin desființare sau reprofilare;

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

c) acordul de voință al părților;

d) mutarea sediului unității sanitare;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de

sănătate printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 18. — Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul anulării unor servicii de plin drept, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia.

CAPITOLUL II

Servicii de îngrijiri la domiciliu

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale privind serviciile de îngrijiri la domiciliu

Art. 19. — Furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu sunt obligați:

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

b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema terapeutică recomandată;

c) să comunice medicului care a recomandat îngrijirile la domiciliu despre evoluția stării de sănătate a asiguratului;

d) să respecte criteriile de calitate a serviciilor furnizate;

e) să respecte confidențialitatea serviciilor acordate;

f) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

g) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea prestată, conform contractului încheiat cu acestea; factura va fi însoțită de desfășurătorul serviciilor acordate;

h) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii la domiciliu.

Art. 20. — Furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, potrivit contractelor încheiate;

b) să fie informați despre condițiile de furnizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu;

c) să încaseze coplată pentru unele servicii de îngrijiri la domiciliu stabilite de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea

reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzute în norme.

Art. 21. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să contracteze servicii de îngrijiri la domiciliu numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu autorizați și acreditați;

b) să controleze activitatea desfășurată de furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu conform contractelor încheiate cu aceștia;

c) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

d) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

e) să informeze permanent furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu despre condițiile de contractare.

SECȚIUNEA a 2-a

Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri la domiciliu

Art. 22. — Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri la domiciliu se încheie între furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu, prin reprezentanții legali ai acestora și casele de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) autorizație de liberă practică în domeniul îngrijirilor la domiciliu și certificat de acreditare pentru persoanele fizice sau autorizație de funcționare și certificat de acreditare pentru persoanele juridice. Acreditarea se referă la activitatea de îngrijiri la domiciliu;

b) codul fiscal sau, după caz, autorizația de liber-profesionist;

c) cont deschis la Trezoreria statului.

Art. 23. — Tipul de contract pentru furnizarea de servicii de îngrijiri la domiciliu și plata acestora se stabilește prin norme. Utilizarea acestui tip de contract este obligatorie. În cuprinsul contractului pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 24. — Lista cuprinzând serviciile de îngrijiri la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme.

Art. 25. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, la termenele stabilite prin contractele de furnizare de servicii de îngrijiri la domiciliu, contravaloarea serviciilor furnizate.

(2) În cazul în care termenul de plată prevăzut în contractele de furnizare de servicii de îngrijiri la domiciliu nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate să plătească 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 servicii raportate ca realizate conform contractului se face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta.

(4) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj, potrivit legii.

Art. 26. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate 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 prestate, până în momentul efectuării următorului control.

(2) Raportarea eronată a unor servicii se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 27. — Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

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

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare, a autorizației de liber-profesionist, după caz, încetarea valabilității acestora, precum și încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea termenelor de raportare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pe baza documentelor de raportare;

d) în cazul în care se constată încasarea de contribuție personală de la asigurați pentru serviciile de îngrijiri la domiciliu, care se suportă integral de către casele de asigurări de sănătate conform listelor și condițiilor prevăzute în norme;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale constatată cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Art. 28. — Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri la domiciliu, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea activității furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu prin desființare, lichidare, faliment sau reprofilare;
- b) a survenit decesul reprezentantului legal;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) mutarea sediului, în cazul furnizorilor cu personalitate juridică;
- f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va specifica temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

CAPITOLUL III

Servicii medicale de urgență și de transport sanitar

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale privind serviciile medicale de urgență și de transport sanitar

Art. 29. — (1) În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate autorizate și acreditate care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate:

- a) să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la data accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea condițiilor de calitate impuse de activitatea medicală;
- b) să asigure prezența personalului medico-sanitar din unitățile specializate în orice situație care necesită acordarea serviciilor medicale de urgență majoră;
- c) să folosească medicația, materialele sanitare și aparatură medicală din dotarea mijlocului de transport la locul accidentului sau al îmbolnăvirii ori în timpul transportului;
- d) să informeze asigurații despre serviciile medicale oferite și despre modul în care vor fi furnizate;
- e) să utilizeze în condiții de eficiență sumele pentru serviciile contractate cu casa de asigurări de sănătate;
- f) să acorde servicii medicale de urgență fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament și transport;
- g) să informeze medicul de familie al asiguratului, în situația în care acesta nu este caz de internat, despre diagnosticul stabilit, investigațiile și tratamentele efectuate;
- h) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;

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

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

k) să anunțe casa de asigurări de sănătate atunci când este suspendată sau anulată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;

l) să accepte controlul din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a Ministerului Sănătății și Familiei și direcțiilor de sănătate publică, împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național și județean, respectiv al municipiului București, precum și a altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;

m) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de urgență și alte tipuri de transport sanitar a serviciilor medicale furnizate;

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

o) să introducă monitorizarea apelurilor astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, stabilită conform normelor.

(2) Se recomandă participarea conducerii unităților specializate la acțiuni de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică și de casele de asigurări de sănătate privind aplicarea unitară a actelor normative referitoare la asigurările sociale de sănătate și a actelor normative privind asistența medicală în România.

Art. 30. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate au următoarele drepturi:

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

b) să cunoască condițiile de contractare pentru activitatea suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontată de casele de asigurări de sănătate;

c) să își organizeze activitatea în vederea creșterii eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare;

d) să încaseze coplată din partea asiguraților pentru unele servicii de transport sanitar, stabilită de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, prevăzută în norme.

Art. 31. — În relațiile contractuale cu serviciile medicale specializate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să controleze activitatea unităților specializate conform contractelor încheiate cu acestea;

b) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de unitățile specializate, în baza contractelor încheiate cu acestea, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să deconteze, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, unităților specializate contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență;

d) să aloce în primele 15 zile ale lunii sume de până la 80% din sumele corespunzătoare lunii curente, urmând ca decontarea finală a lunii să se efectueze în primele 10 zile ale lunii următoare;

e) să deconteze sume reprezentând diferența dintre suma aferentă serviciilor de asistență medicală de urgență și de transport sanitar realizate ca urmare a solicitărilor justificate, cu respectarea prevederilor din actele normative aplicabile în anul 2002, și suma reprezentând valoarea decontată din contract pentru serviciile medicale de urgență și de transport sanitar, în aceeași perioadă.

SECȚIUNEA a 2-a

Condițiile acordării asistenței medicale de urgență și de transport sanitar

Art. 32. — Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar se încheie între reprezentantul legal al serviciilor medicale specializate și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

- actul de înființare/organizare;
- autorizația sanitară de funcționare;
- codul fiscal;
- contul deschis la Trezoreria statului;
- certificat de acreditare.

Art. 33. — Lista cuprinzând serviciile medicale de urgență și de transport sanitar se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu

consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzută în norme.

Art. 34. — Sumele aferente serviciilor contractate cu serviciile medicale specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 35. — Modalitățile de contractare și de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

Art. 36. — Tipul de contract pentru acordarea serviciilor de urgență și de transport sanitar și plata acestora se stabilește prin norme. Utilizarea acestui tip de contract este obligatorie. În cuprinsul contractului pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 37. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, la termenele stabilite în contracte, contravaloarea serviciilor medicale furnizate.

(2) În cazul în care termenul de plată prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate să plătească 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 face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta.

(4) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj, potrivit legii.

Art. 38. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii medicale de urgență de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate 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 eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 39. — Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) întreruperea activității pentru o perioadă mai mare de 3 luni;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

c) nerespectarea obligațiilor contractuale nejustificat, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Art. 40. — Contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și de transport sanitar, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea activității furnizorului prin desființare, lichidare, dizolvare;

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

c) acordul de voință al părților;

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

CAPITOLUL IV

Servicii de recuperare

SECȚIUNEA 1

Dispoziții generale privind serviciile medicale de recuperare

Art. 41. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

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

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

c) să stabilească și să furnizeze tratamentele adecvate;

d) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat a pacienților;

e) să acorde servicii medicale tuturor asiguraților fără nici o discriminare, folosind totodată formele cele mai eficiente și economice de tratament;

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

g) să stabilească programul de lucru și sarcinile de serviciu pentru personalul medical subordonat, în cazul unităților ambulatorii;

h) să accepte controlul din partea 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, respectiv al municipiului București, precum și a altor instituții abilitate de lege, privind modul de desfășurare a activității;

i) să asigure asistența medicală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate a asiguratului;

j) să nu încaseze de la asigurați contribuții personale pentru serviciile medicale furnizate, care se suportă integral de casele de asigurări de sănătate;

k) să își stabilească programul de activitate și să îl afișeze la loc vizibil;

l) să informeze medicul de familie al asiguratului despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate în cazul în care unității sanitare i-a fost retrasă sau suspendată autorizația sanitară de funcționare sau acreditarea;

n) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare. Factura va fi însoțită de desfășurătoarele activităților realizate; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și sunt puse la dispoziție furnizorilor de servicii medicale de recuperare contra cost de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenului de depunere a facturii atrage nedecontarea la termenele stabilite în contractele de furnizare de servicii medicale de recuperare a serviciilor medicale furnizate.

Art. 42. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale aferente activității prestate, conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate, a serviciilor medicale acordate la cererea asiguraților și a contribuției personale a asiguraților pentru perioadele și numărul de proceduri care depășesc limitele contractate și decontate de casele de asigurări de sănătate;

c) să fie informați asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale de recuperare;

d) să încaseze coplată pentru unele servicii medicale de recuperare prevăzute în norme.

Art. 43. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de recuperare casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale de recuperare, conform contractelor încheiate cu aceștia;

b) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale de recuperare, în baza contractelor încheiate cu aceștia, și să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, la termenele stabilite în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare;

d) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale de recuperare despre condițiile de contractare;

e) în cazul unităților sanitare cu paturi, care contractează servicii medicale de recuperare cu o singură casă de asigurări de sănătate, să deconteze serviciile medicale de recuperare acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia.

SECȚIUNEA a 2-a

Condițiile acordării asistenței medicale de recuperare

Art. 44. — Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare se încheie între reprezentantul legal al unității sanitare de recuperare și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) actul de înființare/organizare sau certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale;

b) autorizația sanitară de funcționare;

c) codul fiscal;

d) contul deschis la Trezoreria statului;

e) certificatul de acreditare.

Art. 45. — Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Art. 46. — Lista cuprinzând serviciile medicale de recuperare în ambulatoriu, inclusiv unele servicii medicale complementare cuprinse în pachetul de servicii de bază, condițiile acordării serviciilor medicale în sanatoriile balneare și în unitățile sanitare ambulatorii și modalitatea de decontare a acestora se stabilesc de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea

reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și sunt prevăzute în norme.

Art. 47. — Tipurile de contracte pentru furnizarea de servicii medicale și plata acestora în asistența medicală de recuperare se stabilesc prin norme. Utilizarea acestui tip de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 48. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, la termenele stabilite în contracte, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare furnizate.

(2) În cazul în care termenul de plată stabilit în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare nu este respectat din vina caselor de asigurări de sănătate, acestea sunt obligate să plătească 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 face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la aceasta.

(4) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj, potrivit legii.

Art. 49. — (1) Refuzul furnizorilor de servicii medicale de recuperare de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele în baza cărora se decontează serviciile medicale realizate conduce la amânarea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale prestate, până în momentul efectuării următorului control.

(2) Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 50. — Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării următoarelor situații:

a) unitățile sanitare cu paturi, nou-înființate, sau unitățile sanitare din ambulatoriu de specialitate, care acordă servicii de recuperare, nu încep activitatea în termen de cel mult 3 luni de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau încetarea valabilității acesteia ori încetarea acreditării furnizorului;

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

d) nerespectarea termenelor de raportare în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a

activității realizate, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru — în cazul unităților sanitare ambulatorii de specialitate;

e) 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;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de către instituțiile abilitate să efectueze acest control.

Art. 51. — Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea activității furnizorului prin desființare, lichidare, dizolvare;

b) se mută unitatea sanitară din teritoriul de funcționare;

c) în cazul în care a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

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

e) acordul de voință al părților;

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

CAPITOLUL V

Dispoziții finale

Art. 52. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale

acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

Art. 53. — Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

Art. 54. — Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății și Familiei, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, structuri de primire a urgențelor și în cabinete stomatologice pentru servicii de urgență.

Art. 55. — Contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, în asistența medicală de urgență și de recuperare se încheie anual, iar decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercițiului bugetar.

Art. 56. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, în asistența medicală de urgență și transport sanitar, în asistența medicală de recuperare pentru anul 2002 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală, în contractul pe anul 2003. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

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: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
