



# MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul 171 (XV) — Nr. 10

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 10 ianuarie 2003

## SUMAR

Nr.	Pagina	Nr.	Pagina
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
1.510/2002. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-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 .....	1-8	1.512/2002. — Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală primară .....	8-15

## HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

### GUVERNUL ROMÂNIEI

#### HOTĂRĂRE

#### **pentru aprobarea Contractului-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**

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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice, denumit în continuare *contract-cadru*, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — (1) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical, și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea

cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

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

c) ambulatorii de specialitate integrate spitalelor autorizate și acreditate din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale 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, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) centre de diagnostic și tratament și centre medicale — unități cu personalitate juridică, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

f) ambulatorii de specialitate ale spitalelor autorizate și acreditate, în care se desfășoară activitate de învățământ medical, potrivit legii;

g) ambulatorii de specialitate autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, pentru studenți;

h) ambulatoriul de specialitate unic în structura spitalului autorizat și acreditat potrivit dispozițiilor legale în vigoare, indiferent de sediu;

i) centre de referință autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, pentru servicii medicale de înaltă performanță;

j) cabinete medicale ambulatorii de specialitate din structura spitalului autorizat și acreditat potrivit dispozițiilor legale în vigoare, care nu fac parte din ambulatoriul de specialitate unic al spitalului.

(2) Serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționare de zi, structuri aprobate în care se efectuează servicii medicale spitalicești care se decontează prin plata pe serviciu medical, 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 privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și de transport medical, precum și a serviciilor de recuperare a sănătății, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și normelor metodologice de aplicare a acestuia, prin bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, aprobat conform legii.

(3) 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 Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 3. — (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialităților obținute de medicii de specialitate prin ordin al ministrului sănătății și familiei, cu excepția medicilor de medicină generală care au obținut competența de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială și 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. Furnizorii de servicii medicale stomatologice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furni-

zarea de servicii medicale stomatologice, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate, pe fiecare specialitate clinică și stomatologică și pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale sau ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, până la aprobarea normativelor elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România.

(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 servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(4) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății și familiei pentru medicii de specialitate pe care îi reprezintă.

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 și ale normelor metodologice 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, respectiv a direcțiilor medicale sau a structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, precum și al altor instituții abilitate de lege, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 8. — Fondul repartizat asistenței medicale ambulatorii de specialitate se aprobă conform legii.

Art. 9. — 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. 10. — În temeiul art. 10 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, 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*. 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. 11. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la 1 ianuarie 2003, dată la care își încetează aplicabilitatea Hotărârea Guvernului nr. 1.245/2001 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 830 din 21 decembrie 2001, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU  
**ADRIAN NĂSTASE**

Contrasemnează:

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Eugeniu Țurlea**  
p. Ministrul sănătății și familiei,  
**Radu Deac**,  
secretar de stat  
Ministrul finanțelor publice,  
**Mihai Nicolae Tănăsescu**

București, 18 decembrie 2002.  
Nr. 1.510.

ANEXĂ

## CONTRACT - 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**

### 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 sunt cele prevăzute în pachetul de servicii de bază. Lista acestor servicii medicale și lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate 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;

b) să acorde servicii medicale din pachetul minimal de servicii medicale stabilit de 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 prevăzut în

norme, pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii;

c) să furnizeze tratamentul adecvat și să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

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 despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consilierea 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;

desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun 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, cu excepția furnizorilor de servicii medicale stomatologice care facturează lunar în limita plafonului stabilit la nivel național pentru anul 2003, potrivit normelor de aplicare a prezentului contract-cadru;

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 prezentului contract-cadru și a normelor de aplicare a acestuia, 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 de familie la care este înscris asiguratul;

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;

r) să nu refuze efectuarea stagiului de către medicii stomatologi stagiați repartizați de spitalele cu care aceștia au încheiat contract de muncă împreună cu Comisia de stomatologie a consiliului județean al Colegiului Medicilor din România; această obligație revine medicilor stomatologi specialiști și primari, indiferent de forma de organizare a cabinetului medical stomatologic;

s) să afișeze la loc vizibil la cabinetul/laboratorul medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și obligațiile furnizorului de servicii medicale de specialitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Se recomandă participarea furnizorilor de servicii medicale care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate la acțiunile de instruire organizate de direcțiile de sănătate publică, respectiv de direcțiile medicale sau structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu

rețele sanitare proprii 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.

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

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 alocat 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;

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale efectuate care nu constituie urgențe medicale și nu sunt cuprinse în pachetul de servicii de bază sau în pachetul minimal de servicii medicale ori a serviciilor medicale pentru care asiguratul nu are bilet de trimitere, cu excepția afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, și coplata pentru unele servicii medicale, stabilită de 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. 3. — În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate autorizați și acreditați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;

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

c) 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;

d) 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;

e) să deconteze furnizorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor contractate și prestate, pe baza facturii

însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, în urma verificării acestora;

f) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra drepturilor pe care le au și care decurg din calitatea de asigurat, asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

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

h) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate asupra condițiilor de contractare; să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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 în vigoare;

j) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței 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;

k) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

## CAPITOLUL II

### Condițiile acordării asistenței medicale în ambulatoriul de specialitate

Art. 4. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre 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 sau actul de înființare/organizare a unității sanitare;

b) autorizația sanitară;

c) cont deschis la Trezoreria statului;

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

e) certificatul de acreditare al furnizorului;

f) dovada asigurării de răspundere civilă pentru practică medicală pentru fiecare medic pe care îl reprezintă;

g) datele necesare pentru încadrarea laboratoarelor medicale, conform criteriilor de selecție prevăzute în normele de aplicare a contractului-cadru.

(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 Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, în condițiile prevăzute la art. 3 lit. j).

(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 în baza contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate direct sau prin reprezentantul legal, într-un singur cabinet medical sau laborator organizat în asistența medicală ambulatorie de specialitate conform legii.

Art. 5. — (1) 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.

(2) 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, respectiv al direcțiilor medicale sau al structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii 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.

(3) 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.

(4) Medicii de specialitate care au contract de muncă sau integrare clinică într-o secție a unui spital pot acorda servicii medicale de specialitate în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, într-un singur cabinet organizat din ambulatoriu, indiferent de forma de organizare, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara programului de lucru din secția de spital; nerespectarea acestei prevederi atrage măsuri mergând până la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(5) 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) plata 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 și de valoarea unui punct. Lista cuprinzând serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, nivelul coplății pentru unele servicii medicale, precum și condițiile în care acestea se acordă 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. Nivelul coplății se diferențiază și în raport cu gradul profesional al medicului.

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.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, stabilită de 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 și valabilă pentru anul 2003. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalulează valoarea minimă garantată pentru un punct;

b) plata prin tarif exprimat în lei pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și stomatologice. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și tarifele aferente acestora. Lista serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, tarifele acestora, condițiile în care se acordă și nivelul coplății pentru unele servicii medicale se stabilesc de 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;

c) plata pe bază de sumă fixă negociată pe pachet de servicii medicale stabilit de 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 prevăzut în norme, care reprezintă un extras din pachetul de servicii de bază. Suma fixă negociată se stabilește în funcție de volumul de servicii medicale estimat ca necesar pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care se virează contribuția acestora de asigurări sociale de sănătate.

(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 instituțiile aflate în coordonarea Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap, 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, medicii din alte instituții de ocrotire socială dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise 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 medico-chirurgicale, 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 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 servicii medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

Art. 7. — Veniturile realizate conform art. 6 alin. (1) 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 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, poate angaja medici, dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate contribuțiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. Drepturile salariale ale persoanelor încadrate cu contract individual de muncă în cabinetele medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările ulterioare, se stabilesc prin negociere, cu respectarea nivelurilor minime ale funcțiilor și gradelor/treptelor profesionale prevăzute de reglementările legale în vigoare privind sistemul de salarizare în sistemul sanitar bugetar. 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 pe bază de contract individual de muncă este obligatorie.

Art. 9. — (1) În cazul în care casele de asigurări de sănătate, direcțiile de sănătate publică, respectiv direcțiile medicale sau structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri de medicamente nejustificate cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice 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 și plata acestora în asistența medicală ambulatorie de specialitate se stabilesc prin norme. Utilizarea acestor tipuri de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute și alte clauze suplimentare negociate în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 11. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate. Pentru ser-

viciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată, 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) Casele de asigurări de sănătate care au încheiat contracte cu centrele de referință vor vira acestora, în primele 5 zile ale lunii curente, 30% din valoarea lunară a contractului, urmând ca diferența să se vireze în primele 10 zile ale lunii următoare, pe bază de factură, cu condiția asigurării continuității furnizării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale, precum și asigurării calității serviciilor furnizate și satisfacerii tuturor solicitărilor de servicii medicale în condițiile prevăzute prin norme. Facturile emise de centrele de referință vor fi însoțite de listele cuprinzând persoanele asigurate beneficiare ale serviciilor medicale efectiv prestate, de numărul de servicii medicale care au stat la baza stabilirii sumei fixe negociate pentru luna pentru care se face decontarea, în condițiile stabilite prin norme.

(3) 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.

(4) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru serviciile din pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale, precum și răspunsurile la cererile și sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile calendaristice.

(5) 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.

(6) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj organizată potrivit legii.

Art. 12. — (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 eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

Art. 13. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă furnizorul 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 sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia ori încetarea acreditării 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) ca urmare a 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;

g) în situația în care instituțiile abilitate pentru efectuarea controlului furnizorilor de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, prevăzute la art. 7 din prezenta hotărâre, constată, în condițiile prevăzute prin norme, nerespectarea programului de lucru stabilit de către medicul de specialitate și comunicat caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

Art. 14. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) cabinetul medical se mută din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) 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. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările ulterioare;

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

f) acordul de voință al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

### CAPITOLUL III

#### Dispoziții finale

Art. 15. — Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă coplății, prevăzută la unele servicii ca obligație de plată pentru asigurat.

Art. 16. — Contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate 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. 17. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru anul 2002 se prelungesc printr-un act adițional până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2003. Condițiile acordării asistenței medicale, în baza actului adițional, sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

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

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 în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală primară, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

Art. 2. — (1) Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul de familie împreună cu personalul sanitar, prin cabinete medicale organizate conform

Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările ulterioare, și prin cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.



(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 primare și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

(3) Numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale din ministerele și instituțiile centrale cu rețele sanitare proprii, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, în cazul medicilor nou-veniți, este de 1.000; pentru medicii de familie care la data de 31 decembrie 2002 au sub 1.000 de persoane înscrise pe listele proprii, furnizorii vor încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate respectând numărul minim de persoane înscrise, stabilit de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, urmând ca încadrarea obligatorie în limita de 1.000 de persoane înscrise să se realizeze într-un termen maxim de 3 ani de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri. Medicilor de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii scade sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se reziliază contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi sunt excluși din contract prin modificarea acestuia, asigurații de pe listele acestora putând opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștință acestora 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 de către medicii de familie în centrele de permanență înființate și organizate de direcțiile de sănătate publică, în condițiile legii și ale normelor elaborate de Ministerul Sănătății și Familiei, cu consultarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Medicilor din România.

Art. 4. — Medicii de familie acordă asistență medicală pentru asigurații înscriși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală în caz de urgență medico-chirurgicală oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii și asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii, conform pachetului minimal de servicii medicale. Pachetul de servicii medicale de bază și pachetul minimal de servicii medicale se stabilesc de către o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și se prevăd în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

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. — Fondul pentru asistența medicală primară se aprobă conform legii.

Art. 7. — (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 și ale normelor metodologice 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. 8. — 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 teritorial, precum și a altor autorități abilitate de lege, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 9. — 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 și cu alte autorități, instituții publice centrale și locale, precum și cu alte instituții abilitate de lege.

Art. 10. — În temeiul art. 10 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002, Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru aprobat prin prezenta hotărâre, denumite în continuare *norme*, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali din România. 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. 11. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la 1 ianuarie 2003, dată la care își încetează aplicabilitatea Hotărârea Guvernului nr. 1.244/2001 pentru aprobarea Contractului-

cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate în asistența medicală primară, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 830 din 21 decembrie 2001.

PRIM-MINISTRU  
**ADRIAN NĂSTASE**

Contrasemnează:

Ministrul sănătății și familiei,  
**Daniela Bartoș**  
Ministrul finanțelor publice,  
**Mihai Nicolae Tănăsescu**

București, 18 decembrie 2002.  
Nr. 1.512.

*ANEXĂ*

## CONTRACT - CADRU

### privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări 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 înscrși în lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege. Calitatea de asigurat se dovedește cu un act justificativ — adeverință sau carnet de asigurat —, eliberat prin grija caselor de asigurări de sănătate la care este înscris asiguratul. Serviciile medicale care se acordă de medicul de familie sunt cele prevăzute în pachetul de servicii de bază care se acordă în asistența medicală primară, stabilit de o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzut în norme;

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

c) să acorde servicii medicale din pachetul minimal de servicii medicale stabilit de o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzut în norme, pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de

asigurări sociale de sănătate, precum și pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii;

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 și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;

e) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare. Medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

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 domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au altă opțiune;

h) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie, care îndeplinesc condițiile de persoană asigurată, la prima consultație, în localitatea de

domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la solicitarea sistemului de asistență medicală comunitară;

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

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

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

l) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

m) 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; desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun 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 medicale;

n) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor 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;

o) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor;

p) 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 furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

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

r) să își stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor prezentului contract-cadru și a normelor;

s) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue în centrele de permanență;

t) să afișeze la loc vizibil la cabinetul medical pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și obligațiile furnizorului de servicii medicale primare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicul de familie are obligația să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu, cu excepția situațiilor în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată prin scrisoare medicală, și să refuze transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici.

(3) Se recomandă participarea medicilor de familie 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.

Art. 2. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale din 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 alocat 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;

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt cuprinse în pachetul de servicii de bază, în cazul persoanelor asigurate, respectiv a celor care nu sunt cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale sau nu constituie urgențe medico-chirurgicale, pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției și pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii, precum și coplata pentru unele servicii medicale stabilite de o comisie formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și Familiei și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și prevăzute în norme.

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară autorizați și acreditați;

b) să controleze activitatea furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, conform clauzelor din contractele încheiate cu aceștia;

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

d) 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;

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

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

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

h) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care și-au pierdut calitatea de asigurat sau pentru care nu s-a virat integral contribuția de asigurări pentru sănătate; să nu solicite medicilor de familie documentele în baza cărora se stabilește calitatea de asigurat a persoanelor sau plata contribuției de asigurări pentru sănătate a asiguraților înscrși în lista proprie;

i) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară asupra condițiilor de contractare și să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

j) 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;

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

l) 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 Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și la Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței 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 Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor și Locuinței, 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 sau actul de înființare, după caz;

b) autorizația sanitară;

c) contul deschis la Trezoreria statului;

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

e) certificatul de acreditare al cabinetului medical;

f) lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații înscrși la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

g) dovada asigurării de răspundere civilă pentru activitate medicală pentru fiecare medic pe care îl reprezintă.

(2) Cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte sanitare numai în localitățile rurale, 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.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care 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. Acolo unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza. 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. 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) Asistența medicală în afara programului de lucru este asigurată, după caz, de:

a) medicii asociați din mai multe localități sau din aceeași localitate, în centre de permanență; pentru asigurați se acordă serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, iar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat sau a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și pentru persoanele care se asigură pentru sănătate facultativ, potrivit legii, se acordă serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal; se acordă asistență medicală în caz de urgență medico-chirurgicală pentru toate persoanele care au nevoie de aceste servicii;

b) medicul de familie din mediul rural, cu domiciliul în localitatea respectivă, care poate acorda servicii medicale de urgență în afara programului de lucru, acolo unde nu sunt îndeplinite condițiile organizării centrului de permanență;

c) serviciile medicale de urgență prespitalicești, solicitate direct sau prin intermediul autorităților 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, în condițiile prevăzute la lit. b).

(3) Pentru accesul pacienților la asistența medicală 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, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelat serviciul medical de urgențe prespitalicești.

Art. 6. — Pentru acordarea serviciilor medicale contractate cabinetele medicale vor încadra un asistent medical la 1.000 de asigurați înscriși în lista proprie a unui medic de familie. Asistentul medical poate fi încadrat și cu fracțiune de normă dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1.000 de asigurați. Drepturile salariale ale cadrelor medii sanitare se stabilesc prin negociere, cu respectarea legislației în vigoare.

Art. 7. — Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul asiguraților înscriși pe lista proprie — conform structurii pe grupe de vârstă, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă —, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea și în funcție de gradul profesional și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al ministrului sănătății și familiei.

Numărul de puncte acordate pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază. Serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, 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 și valabilă pentru anul 2003. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalculează valoarea minimă garantată pentru un punct;

b) plata prin tarif pe serviciu medical stabilit pentru anumite servicii cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale. Lista acestor servicii, numărul de puncte acordate pentru acestea și valoarea unui punct se stabilesc prin norme. În situația în care bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate este diminuat prin acte normative, se recalculează valoarea minimă garantată pentru un punct.

Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, 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 și valabilă pentru anul 2003.

Art. 8. — Veniturile realizate conform art. 7 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 și alte categorii de personal;

b) cheltuielile pentru administrarea și funcționarea cabinetului medical, inclusiv cheltuielile 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. 9. — 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. 10. — (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical nou-înființat sau deja existent, pe un post considerat a fi necesar de către direcția de

sănătate publică împreună cu casa de asigurări de sănătate, beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale încheiate între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații înscrși, de:

a) un venit echivalent cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute 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, 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 cărora 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, cotă 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. 11. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul și obligația de a efectua 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. Nefectuarea acestor controale medicale din cauza medicului de familie, în proporție de peste 20% pe trimestru, atrage 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, respectiv direcțiile medicale din ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente, cu sau fără contribuția 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. 12. — Tipul de contract pentru furnizarea de servicii medicale și plata acestora în asistența medicală primară se stabilește 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. 13. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată, 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 încheia contracte cu furnizorii de servicii medicale primare pentru serviciile din pachetul de servicii de bază și din pachetul minimal de servicii, precum și răspunsurile la cererile și sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile calendaristice.

(4) 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.

(5) Soluționarea litigiilor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj organizată potrivit legii.

Art. 14. — (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) Refuzul de participare la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue în centrele de permanență este incompatibil cu derularea contractului de furnizare a serviciilor medicale primare.

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

Art. 15. — 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 calendaristice 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, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea acreditării furnizorului;

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

e) în cazul în care numărul asiguraților înscriși la un medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 2 alin. (3) din hotărâre;

f) ca urmare a 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;

g) în situația în care instituțiile abilitate pentru efectuarea controlului furnizorilor de servicii medicale primare prevăzute la art. 8 din hotărâre constată, în condițiile stabilite prin norme, nerespectarea programului de lucru stabilit de medicul de familie și comunicat caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

Art. 16. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) cabinetul medical se mută din teritoriul de funcționare;

b) a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

c) 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. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările ulterioare;

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

f) acordul de voință al părților;

g) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al cabinetului medical sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

### CAPITOLUL III

#### Dispoziții finale

Art. 17. — Contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară 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. 18. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2002 se prelungesc printr-un act adițional până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2003. Condițiile acordării asistenței medicale, în baza actului adițional, sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.



# Regia Autonomă Monitorul Oficial în pas cu timpul

Centrul pentru relații cu publicul  
Șos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sector 5, București

Tel.: 411.58.33  
Fax: 410.77.36

E-mail: multimedia@ramo.ro  
Website: www.monitoruloficial.ro

## PROMPT, COMOD, MODERN ȘI UȘOR DE UTILIZAT

Prompt, comod, modern - prin procurarea electronică a Monitorului Oficial al României atât în sistem abonament, cât și selectiv, a anumitor numere ale Monitorului Oficial al României sau acte normative.

## OPERATIVITATE

Transmiterea Monitorului Oficial al României se face prin e-mail, zilnic, pe măsura apariției acestuia, intrându-se în posesia lui în ziua tipării. Fiecare Monitorul Oficial este cuprins într-un fișier de tip PDF și se citește cu Acrobat Reader, ceea ce înseamnă că pentru a recepționa și a utiliza informația legislativă vă este suficient contul de e-mail și Acrobat Reader, aplicație ce se poate lua gratuit de pe Internet (www.adobe.com).

## DIVERSITATE

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea I și Partea I bis (numere incluse în abonament) - Legi, decrete, hotărâri și alte acte - 204 EUR pentru monopost sau rețea.

În condițiile în care dispuneți de rețea, pentru fiecare utilizator final contravaloarea prestației este de 8 EUR/lună, acordându-se o reducere de 20% pentru o rețea cu mai mult de 5 stații de lucru și o reducere de 40% pentru o rețea cu mai mult de 40 de stații de lucru. Cu ajutorul unui „motor de căutare” (inclus numai în abonamentul aferent anului 2003) se poate regăsi cu ușurință un act normativ din perioada 22 decembrie 1989 până la zi, după orice criteriu sau orice combinație de criterii de căutare, răspunsul foarte rapid constând în prezentarea actelor găsite - în funcție de criteriile de căutare selectate - cu menționarea titlului actului și a numărului Monitorului Oficial în care a fost publicat.

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea I, în limba maghiară - 120 EUR.

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea a II-a - Dezbateri parlamentare - 192 EUR.

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea a III-a - Publicații și anunțuri - 60 EUR.

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea a IV-a - Publicații ale agenților economici - 228 EUR.

Abonament pe anul 2003 la Monitorul Oficial al României, Partea a VI-a - Achiziții publice - 192 EUR.

Prin aceleași mijloace multimedia (e-mail, CD, dischete):

- colecția electronică a Monitorului Oficial, Partea I și Partea I bis (numere incluse în abonament) 1989-2002 (319 EUR)
- selecții Monitorul Oficial, Partea I, Partea a II-a, Partea a III-a, Partea a IV-a, Partea a V-a, Partea a VI-a (0,08 EUR/pag.)
- versiunea electronică a lucrării "Actele publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I - 22 dec. 1989 - 31 ian. 2002" - lucrare ce cuprinde titlurile actelor normative publicate în perioada menționată, cu indicarea actelor normative ce au adus modificări și/sau completări (15 EUR).

Prețurile includ T.V.A.

Plata se face în lei, la cursul de schimb (B.N.R.) din ziua efectuării plății.

## COLECȚII TEMATICE pe suport electronic

Legislație privind jocurile de noroc*	2,3 EUR
Legislație în domeniul asistenței medicale*	7,8 EUR
Legislație privind normele de medicina muncii	3,5 EUR
Legislație privind dezvoltarea regională a României și regimul zonelor defavorizate*	3,7 EUR
Legislația vieii și vinului*	4,3 EUR
Reglementări privind circulația pe drumurile publice*	2,3 EUR
Legislație în domeniul silviculturii și protecției vânatului*	9,1 EUR
Legislație privind investițiile directe și dezvoltarea activității economice*	0,7 EUR
Reglementări privind concesionările în domeniul sanitar-veterinar*	1,4 EUR
Impozitul pe venit*	6,1 EUR
Reglementări privind locuința - ediția a IV-a*	6,6 EUR
Sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale*	3 EUR
Circulația rutieră*	20 EUR
Întreprinderile mici și mijlocii	4,1 EUR

## COLECȚII TRILINGVE pe suport electronic

	Preț în EUR/versiune		
	română	franceză	engleză
Vol.19 - Legea protecției mediului*	1,7	3,8	3,6
Vol.20 - Reglementări privind locuințele trecute în proprietatea statului*	3,1	6,4	6,6
Vol.22 - Organizarea și funcționarea Consiliului Legislativ	1,8	3,8	3,8
Vol.25 - Legea privind dreptul de autor și drepturile conexe	2,1	4,4	4,2
Vol.26 - Lege privind procedura reorganizării și lichidării judiciare*	1,4	3	3
Vol.27 - Lege privind desființarea în siguranță a activităților nucleare*	1,1	2,5	2,4
Vol.28 - Legea apelor	2,4	5,4	5,1
Vol.29 - Lege privind organizarea și funcționarea Consiliului Economic și Social	0,3	0,6	0,6
Vol.30 - Lege privind desființarea în siguranță a activităților nucleare*	1,1	2,5	2,5
Vol.31 - Amenajarea teritoriului național*	0,5	1	1
Vol.32 - Societăți comerciale - Registrul comerțului*	3,6	7,8	7,7
Vol.33 - Legislație bancară*	2,9	6,2	6,2
Vol.34 - Avocatul Poporului*	1,4	2,8	2,9
Vol.35 - Dezvoltarea regională în România	0,3	0,8	0,7
Vol.37 - Proprietatea publică și concesionile	1	2,1	2,1
Vol.38 - Prevenirea și sancționarea spălării banilor*	0,4	0,8	0,8
Vol.40 - Dezvoltarea regională în România și regimul zonelor defavorizate*	4	8,2	8,2
Vol.41 - Investiții directe și dezvoltarea activității economice*	0,8	1,6	1,5
Vol.42 - Ordinea publică, apărarea și siguranța națională	2	4,4	4,3
Vol.43 - Consiliul Legislativ - Curtea Supremă de Justiție	3,2	6,9	6,9
Vol.44 - Accesul la propriul dosar și deconspirarea securității ca poliție politică	0,6	1,3	1,2
Vol.46 - Reglementări privind administrația publică locală și alegerile locale	3,2	7,1	7,8
Vol.47 - Asigurări și reasigurări în România	0,6	1,2	1,1
Vol.48 - Fondul funciar	7,2	15,3	14,8
Vol.49 - Reglementări privind locuința	3,3	7,1	6,8
Vol.50 - Alegeri parlamentare și prezidențiale	3,8	8,2	8,2
Vol.51 - Societatea Română de Radiodifuziune și Societatea Română de Televiziune	1	2,2	2,2
Vol.52 - Prevenirea, descoperirea și sancționarea faptelor de corupție	0,5	1	1
Vol.53 - Reglementări privind corupția și crima organizată	1,3	2,8	2,8
Vol.54 - Legislație privind privatizarea societăților comerciale din turism	0,7	1,4	1,4
Vol.55 - Statutul funcționarilor publici	2,1	4,4	4,2
Vol.56 - Administrația publică locală	4,1	8,5	8,5
Vol.57 - Protecția copilului	5,6	11,8	11,6
Vol.58 - Regimul juridic al unor imobile preluate în mod abuziv	1,4	2,8	2,7
Vol.59 - Legislație privind notarii publici	6,2		6,4
Vol.60 - Reglementări privind întreprinderile mici și mijlocii - Societăți comerciale - cadru instituțional	4,6	10,1	9,4
Vol.61 - Reglementări privind întreprinderile mici și mijlocii - Înregistrarea și autorizarea comercianților	4,8	9,8	9,8
Vol.62 - Reglementări privind întreprinderile mici și mijlocii - Fiscalitatea	6	12	11,9

\* Aceste lucrări conțin acte normative care au fost ulterior modificate și/sau abrogate.

## 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, 335.011.11/2178 și 402.21.78, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro