



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 181 (XXV) — Nr. 166

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 28 martie 2013

### SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
117.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013—2014.....	2-48
	★	
	Rectificări .....	48

# HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRÂRE

#### pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013—2014

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013—2014, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

Art. 2. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 3. — (1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.

(2) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după reținerea la dispoziția sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinație. Această sumă se utilizează în situații

justificate, în condițiile legii, și se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.

Art. 4. — Criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobate, în condițiile legii, au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 5. — Condițiile acordării asistenței medicale și criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați.

Art. 6. — (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 3 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu și fără contribuție personală și unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu poate depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an decât cu maximum 5%.

Art. 7. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2013.

(2) La data prevăzută la alin. (1) se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 895 din 30 decembrie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU  
**VICTOR-VIOREL PONTA**

Contrasemnează:  
Ministrul sănătății,  
**Gheorghe-Eugen Nicolăescu**  
Viceprim-ministru, ministrul finanțelor publice,  
**Daniel Chițoiu**  
Ministrul delegat pentru buget,  
**Liviu Voinea**  
Ministrul afacerilor externe,  
**Titus Corlățean**

București, 27 martie 2013.  
Nr. 117.

ANEXĂ

**CONTRACT-CADRU**  
**privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**  
**pentru anii 2013—2014**

**CAPITOLUL I**  
**Dispoziții generale**

Art. 1. — În înțelesul prezentului contract-cadru, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

a) *case de asigurări de sănătate* — casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

b) *norme* — normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

c) *Fond* — Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

d) *serviciu medical — caz* — totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu, respectiv totalitatea serviciilor pentru o cură de servicii de acupunctură;

e) *dispozitive medicale* — dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu.

Art. 2. — (1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate aflați în relație contractuală au obligația să respecte prevederile prezentului contract-cadru și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

Art. 3. — (1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare negociate între părțile contractante, potrivit prevederilor art. 247 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 4. — (1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente

și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de expirarea termenelor stabilite pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

Art. 5. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(3) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de

sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

Art. 6. — (1) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(4) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1), (2) și (3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

Art. 7. — (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

(2) La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, aceștia solicită participarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, după caz, situație în care aceștia participă la efectuarea controlului.

(3) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii.

(4) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale și, după caz, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(5) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Art. 8. — (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 9. — (1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului „de muncă” al accidentului sau a caracterului „profesional” al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent constituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent constituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară,

partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

Art. 10. — (1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu au obligația:

a) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația:

a) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială;

b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

(3) Pentru cazurile la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, unitățile sanitare de medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, secțiile de boli profesionale, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, întocmesc distinct, în vederea validării și decontării ulterioare de către casele de asigurări de sănătate, documentele justificative pentru serviciile acordate pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, respectiv pacienților beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004.

Art. 11. — Atribuțiile ce revin, potrivit prezentului contract-cadru, direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești conform legii.

Art. 12. — (1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma „conform cu originalul” și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.

(2) Toate documentele necesare decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

## CAPITOLUL II

### Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

#### SECȚIUNEA 1

##### Condiții de eligibilitate

Art. 13. — În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.

#### SECȚIUNEA a 2-a

##### Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 14. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului;
- contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- codul de înregistrare fiscală — codul unic de înregistrare sau codul numeric personal — copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În vederea încheierii contractelor de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate solicită documentele prevăzute în prezentul contract-cadru, precum și în norme.

## SECȚIUNEA a 3-a

**Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate**

Art. 15. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;
- f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară — bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință;
- j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și

să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;

o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;

q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în norme;

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;

ș) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

ț) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

u) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

w) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate — bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice — și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

y) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.

Art. 16. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic,

cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

Art. 17. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract ale fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

h) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către

furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

Art. 18. — (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;

b) unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;

c) unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;

d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;

e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani;

f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;

g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților și eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraților, cu excepția celor prevăzute în norme;

h) fertilizarea *in vitro*;

i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor de piele prevăzute în norme, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant;

j) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap;

k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

l) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;

m) serviciile medicale solicitate de asigurat;

n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie, altele decât cele prevăzute în norme;

o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;

p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;

q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;

r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;

s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;

ș) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare a distroficiilor, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

ț) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie;

ș) cheltuielile prevăzute la art. 93 alin. (5) și, după caz, alin. (5<sup>1</sup>) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile de primire a urgențelor și

compartimentele de primire a urgențelor cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii.

(2) Contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilește prin norme.

#### SECȚIUNEA a 4-a

##### **Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale**

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 15 lit. a)–c) și e)–v);

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căror s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 20. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;



a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 alin. (1) lit. a) — cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 21. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a)—c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 15 lit. z), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

#### SECȚIUNEA a 5-a

##### **Condiții speciale**

Art. 22. — (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea

serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

#### SECȚIUNEA a 6-a

##### **Asistența medicală primară — condiții specifice**

#### **1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară**

Art. 23. — (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic, în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medicii nou-veniți, și numai în format electronic, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista/listele numai în format electronic au obligația să depună și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei de persoane înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora. Modelul unic de declarație este prevăzut în norme.

(3) Necesarul de medici de familie cu liste atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zona urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.

(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici și a numărului minim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, prevăzută la alin. (3), se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (3) de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate.

(5) În localitățile urbane, pentru anul 2013, numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3). Pentru anul 2014 numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, se stabilește prin norme.

(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită potrivit alin. (3), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii, prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia. Persoanele înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

(7) Numărul minim de persoane de pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.

(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente, după cum urmează:

a) lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme;

b) declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei de persoane înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Art. 24. — (1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul

cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, după caz.

(2) Un medic de familie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.

(3) În cadrul relației contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, potrivit alin. (2), furnizorul încheie un singur contract.

Art. 25. — Pentru realizarea unor servicii adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 26. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Ca urmare a controlului medical, medicul de familie va încadra asiguratul într-o grupă de risc și va consemna acest lucru în fișa medicală.

Art. 27. — Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă.

## **2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară**

Art. 28. — Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Art. 29. — Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă, cu avizul direcției de sănătate publică.

Art. 30. — 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.

## **3. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate**

Art. 31. — (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei, de un venit care este format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5.

(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane pe listă stabilit potrivit art. 23 alin. (3) și (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale stabilit potrivit art. 23 alin. (3) și (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 23 alin. (6).

Art. 32. — (1) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației prevăzute mai sus se face de către comisia constituită potrivit art. 23 alin. (3).

(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, în condițiile prevăzute în norme.

#### **4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și ale caselor de asigurări de sănătate**

Art. 33. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

b) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată 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, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

d) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;

e) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme;

g) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

h) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicate de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile prevăzute în norme;

i) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face

trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

j) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare — lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice se stabilesc prin norme;

k) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

m) să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista lor cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii.

(2) Medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale.

Art. 34. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

b) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin afișare atât 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, precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență. Pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

d) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

e) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora în condițiile prevăzute în norme;

f) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin norme;

g) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 6 alin. (1)—(3), posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

#### **5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară**

Art. 35. — 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. 36. — (1) 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 persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin

norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a unui punct per capita 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 per capita, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu 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 pe serviciu, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anii 2013—2014 are următoarea structură:

a) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;

b) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).

(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează trimestrial.

(4) Valoarea definitivă a unui punct per capita se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per capita și numărul de puncte per capita efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(5) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru

trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(6) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, prevăzută la art. 31 alin. (1) lit. a) și b), și se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata per serviciu.

Art. 37. — (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 pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.

(2) Furnizorii vor depune lunar, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.

Art. 38. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

#### **6. Sancțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor**

Art. 39. — (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 33 alin. (1) lit. g), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. a)—c), e)—h), j)—v) și la art. 33 alin. (1) lit. a)—e), j), l), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, cu 10%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 31 alin. (1) lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (1)—(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)—(3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)—(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

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

Art. 40. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării situațiilor prevăzute la art. 19 lit. a)—f) și i), precum și în următoarele cazuri:

a) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 39 alin. (1) și (2) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 39 alin. (3);

b) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 33 alin. (1) lit. f) și h).

Art. 41. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și în următoarele situații:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a2) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art. 23 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

Art. 42. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 21 alin. (1), precum și de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

#### SECȚIUNEA a 7-a

##### **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, asistența medicală dentară și asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică reabilitare medicală — condiții specifice**

#### **1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate**

Art. 43. — Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor 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 și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, inclusiv centre de sănătate multifuncționale, cu sau fără personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

c) societăți de turism balnear și de recuperare, constituite conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

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

Art. 44. — (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător, stabilit prin contractul încheiat.

(2) Cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor, precum și cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competență/ atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie, homeopatie, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor/atestatelor de studii complementare de mai sus. Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică în care își desfășoară activitatea medicii cu specialitatea obstetrică-ginecologie încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.

(3) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, după caz, în condițiile stabilite prin norme.

(4) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentiști, ai organizațiilor patronale și sindicale și societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, reprezentative la nivel județean, respectiv pentru medicina dentară, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, prin *normă* se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice se ajustează în mod corespunzător.

(5) Numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ se stabilește de către comisia constituită din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai

organizațiilor patronale și societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile paraclinice, reprezentative la nivel județean, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate.

(6) Comisiile prevăzute la alin. (4) și (5) se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (4) și (5), după caz, de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar, la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate.

(7) Numărul de puncte estimat pentru serviciile medicale ce pot fi efectuate de medici pentru specialitățile clinice, stabilit în condițiile alin. (4), se are în vedere la calculul valorii minime garantate pentru un punct în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(8) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(9) Furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii pe care îi reprezintă, în baza specialității obținute de către aceștia și confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care furnizorul este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător.

(10) Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătății, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare și Colegiul Medicilor Dentiști din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie — radiografii dentare retroalveolare și panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

(11) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de

externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune ori investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii — investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești. Valoarea de contract pentru acești furnizori de servicii medicale paraclinice se stabilește în aceleași condiții ca și pentru ceilalți furnizori de servicii medicale paraclinice, utilizându-se metodologia prevăzută în norme.

(12) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale paraclinice în condițiile contractului-cadru și ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Valoarea contractată pentru acești furnizori se stabilește în aceleași condiții ca și pentru ceilalți furnizori de servicii medicale paraclinice, utilizându-se metodologia prevăzută în norme.

(13) Pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, toți furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie să îndeplinească criteriul de calitate prevăzut în norme.

Art. 45. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 43 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 14, precum și a următoarelor documente:

a) în cazul furnizorilor de servicii medicale pentru specialitățile clinice:

a1) lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme;

a2) actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii nr. 213/2004; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004;

a3) actele doveditoare care să conțină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru și tipul serviciilor conform prevederilor din norme;

b) în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la contract se atașează și documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme, precum și avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

c) în cazul furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, la contract se atașează și lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare, personalul de specialitate și programul de lucru al acestuia.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul/punctul de lucru înregistrat și autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a

Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (4), cu obligația de a întocmi evidențe distincte și de a raporta distinct serviciile realizate conform contractelor încheiate. Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și, respectiv, furnizorii de servicii de medicină dentară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul. Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile respectării prevederilor art. 49 alin. (2) lit. a) și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de recuperare-reabilitare cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, astfel:

a) dacă furnizorul are încheiat contract atât cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea, cât și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților aflați în evidențele proprii. Pentru asigurații aflați în evidența altor case de asigurări de sănătate, decontarea serviciilor medicale se face de către casa în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea furnizorul;

b) dacă furnizorul are încheiat contract numai cu o casă de asigurări de sănătate dintre cele prevăzute la lit. a), aceasta decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul. În acest sens, furnizorii de servicii medicale paraclinice și furnizorii de servicii de recuperare-reabilitare au obligația de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate.



(4) În situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens, fiecare casă de asigurări de sănătate prezintă spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii. Contractele încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București încetează sau se modifică în mod corespunzător pentru acele servicii medicale paraclinice din lista avizată, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie ulterior contracte cu furnizori din raza lor administrativ-teritorială.

(5) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară, paraclinice și din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 43, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 48 alin. (3). Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii.

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice și specialitatea clinică reabilitare medicală pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract/act adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct, cu respectarea legislației muncii.

Art. 46. — În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 47. — Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate

angaja medici, medici dentiști, dentiști, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical este obligatorie.

## 2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 48. — (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice și din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția:

a) cabinetelor medicale de specialitate din specialitățile clinice organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor;

b) zonelor/unităților administrativ-teritoriale deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anume specialitate, numai pentru:

b1) cabinetele medicale ambulatorii de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea medicul de specialitate cu normă întreagă sau, după caz, cu integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână, cu obligația ca întregul program de activitate, în care medicul își desfășoară activitatea cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să fie în conformitate cu prevederile legislației muncii;

b2) cabinetele medicale ambulatorii de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea medicul de specialitate care are contract cu timp parțial în spital, situație în care acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care poate fi de până la 35 de ore pe săptămână, cu obligația ca întregul program de activitate, în care medicul își desfășoară activitatea cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să fie în conformitate cu prevederile legislației muncii.

(2) În situațiile care se încadrează la lit. b), casele de asigurări de sănătate nu contractează și nu decontează servicii medicale efectuate de acești medici în cadrul ambulatoriului integrat al spitalului.

(3) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(4) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară și din specialitatea clinică reabilitare medicală organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura

spitalelor intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:

a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, reprezentantul legal încheie contract distinct pentru servicii medicale din specialitatea respectivă, acordate în ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, respectiv asistența medicală dentară și asistența medicală de recuperare-reabilitare în ambulatoriu. Condițiile decontării serviciilor medicale sunt stabilite prin norme;

b) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program sub 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, reprezentantul legal încheie act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești. Condițiile decontării serviciilor medicale sunt stabilite prin norme.

(5) Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, din specialitatea clinică reabilitare medicală și de medicină dentară din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract/act adițional cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor alin. (4).

(6) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, reprezentantul legal încheie un singur act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, în condițiile prevăzute în norme.

(7) Cabinetele de medicină dentară își stabilesc programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.

(8) Furnizorii de servicii medicale paraclinice — analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa. Furnizorii de servicii medicale paraclinice — radiologie și imagistică medicală își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa.

(9) Serviciile medicale din specialitățile clinice, serviciile medicale din specialitatea clinică reabilitare medicală și paraclinice se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, și conform programărilor pentru serviciile programabile.

### **3. Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate**

Art. 49. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, 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, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența

distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni, serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;

c) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista

căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

d) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

e) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie și, lunar, mișcarea acestora;

f) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15 și cele de la alin. (1) lit. c), d) și g), sunt obligați:

a) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

b) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

c) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale *in vitro* și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator;

d) să facă mentenanță și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

e) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în norme, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice — analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoțește certificatul de acreditare reprezintă cel puțin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

f) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative — facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice — cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului

de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

g) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi — 7 ore — programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

h) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în norme;

i) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice — analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

j) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în norme, pentru asigurării cărora le-au furnizat aceste servicii;

k) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizați conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

l) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Art. 50. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, specialitatea clinică reabilitare medicală și medicină dentară pot încasa de la asigurați, după caz:

a) contribuția personală a asiguraților pentru unele servicii medicale, în condițiile prevăzute în norme;

b) contravaloarea serviciilor medicale care nu sunt decontate din bugetul Fondului, conform prevederilor legale în vigoare.

c) contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea

serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care serviciile au fost acordate persoanelor beneficiare ale programelor de sănătate curative numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate. În această situație, medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripții medicale.

Art. 51. — (1) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât 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, precum și numărul total național de puncte realizat, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

c) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

d) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatul medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

e) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice în localitățile/zonile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la servicii medicale paraclinice.

#### **4. Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate**

Art. 52. — Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical/serviciu medical-caz, exprimat în puncte sau în lei.

Art. 53. — (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical:

a1) exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical,

ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct stabilită în norme;

a2) exprimat în puncte, pentru serviciile conexe actului medical, contractate și raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și de valoarea unui punct, în condițiile prevăzute în norme. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii pentru specialitățile clinice. Numărul de puncte aferente fiecărui serviciu conexe actului medical și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în norme;

a3) exprimat în puncte, pentru serviciile de homeopatie, fitoterapie și planificare familială, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei, pentru:

b1) serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalcchează pe luni și se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele prevăzute în norme;

b2) serviciile medicale de medicină dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentiști pe an se defalcă pe luni și se regularizează trimestrial, conform normelor;

c) plata prin tarif pe serviciu medical — consultație/caz, exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare și pentru serviciile de acupunctură. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranța națională și al autorității judecătorești, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tarife diminuate, potrivit condițiilor stabilite prin norme.

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

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unitățile ambulatorii prevăzute la art. 43, cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (7);

b) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești, numai pentru elevii/studentii cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învățământ respectivă;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale;

d) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care acordă asistență medicală din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate, numai pentru copiii încredințați ori dați în plasament și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

g) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, numai pentru elevi, respectiv studenți; medicii dentiști, dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

(3) Fac excepție de la prevederile alin. (2) urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, precum și afecțiunile cronice pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, prevăzute în norme, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de planificare familială. Pentru afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, precum și afecțiunile cronice pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de planificare familială, medicii de specialitate au obligația de a solicita persoanelor respective documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, pe care le atașează la fișa medicală. În cazul urgențelor se vor solicita documentele justificative care atestă calitatea de asigurat numai în situația în care sunt acordate servicii din pachetul de servicii de bază.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2) lit. b), d), e) și f), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere

eliberate de către aceștia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situația prevăzută la alin. (2) lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situația prevăzută la alin. (2) lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, atât pentru serviciile medicale clinice, cât și pentru serviciile medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la alin. (2) lit. b), d), e), f), g) și h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurarilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de recuperare-reabilitare, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se eliberează de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

(7) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate către un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care eliberează biletul de trimitere respectiv.

Art. 54. — (1) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalcă trimestrial.

(2) 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 în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în luna următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Valoarea definitivă a unui punct

nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

Art. 55. — Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice, inclusiv a serviciilor de homeopatie, fitoterapie și planificare familială, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

**5. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate**

Art. 56. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice, recuperare-reabilitare și acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, la prima constatare se aplică prevederile lit. a), iar la a doua constatare se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială, la care se constată acestea sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, recuperare-reabilitare și acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații, potrivit prevederilor lit. b), pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. a)—c), e)—h), j)—v) și la art. 49 alin. (1) lit. d), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice, recuperare-reabilitare și acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate,

serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru fitoterapie, homeopatie și planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, paraclinice, recuperare-reabilitare și acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)—(3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)—(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 49 alin. (1) lit. e) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

Art. 57. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării situațiilor prevăzute la art. 19, precum și:

a) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) și la art. 49 alin. (1) lit. a)—c) și g) și alin. (2) lit. c)—e) și i)—k);

b) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 56 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 56 alin. (3); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru — prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare — în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 56 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 56 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

c) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 49 alin. (2) lit. g); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru — prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare — în raza administrativ-

teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul.

Art. 58. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și în următoarele situații:

a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;  
b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță ori pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau, după caz, al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

Art. 59. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 21 alin. (1) și la art. 49 alin. (2) lit. f), precum și de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia colegiului teritorial al medicilor/colegiului teritorial al medicilor dentiști de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale și pentru laboratoarele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

Art. 60. — (1) Alte situații ce determină rezilierea, suspendarea sau încetarea contractului numai pentru filiala/punctul de lucru, respectiv filialele/punctele de lucru ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea/suspendarea lor din contract și modificarea corespunzătoare a contractului, sunt prevăzute în norme.

(2) În situația în care prin filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate continuă să se acorde servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, casele de asigurări de sănătate vor rezilia contractele încheiate cu furnizorii respectivi pentru toate filialele/punctele de lucru cuprinse în aceste contracte.

#### SECȚIUNEA a 8-a

##### **Servicii medicale în unități sanitare cu paturi**

###### **1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească**

Art. 61. — (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi autorizate și evaluate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile/compartimentele care îndeplinesc condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare. Pentru spitalele în care în secții/compartimente personalul care desfășoară activitatea nu are normă de bază, casele de asigurări de sănătate vor raporta Casei Naționale de Asigurări de Sănătate situația nominală a acestora, forma în care își desfășoară activitatea și locul normei de bază.

(3) Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:  
a) spitalizare continuă;

b) spitalizare de zi.

(4) Asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naștere;

b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare;

d) tratamentul bolnavilor psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital;

e) diagnosticul și tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

(5) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 14, precum și a:

a) listei afecțiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu și impun internarea potrivit prevederilor alin. (4);

b) listei materialelor sanitare și a medicamentelor — denumiri comune internaționale, denumite în continuare *DCI*, și formă farmaceutică utilizate pe perioada spitalizării, menționându-se care DCI-uri pot fi recomandate, cu aprobarea medicului șef de secție sau cu aprobarea consiliului medical. Lista materialelor sanitare și a DCI-urilor prezentată de spitale la încheierea contractului cuprinde lista cu DCI-urile medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații în tratamentul spitalicesc, precum și DCI-urile din lista prevăzută la art. 97 pentru asigurarea continuității tratamentului în ambulatoriu și are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului;

c) structurii organizatorice aprobate sau avizate, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

d) documentelor necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documente care se stabilesc prin norme;

e) indicatorilor specifici stabiliți prin norme, precum și a nivelului indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

f) declarației pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

g) declarației autentice din partea unităților sanitare private cu paturi, prin reprezentantul lor legal, referitoare la asumarea obligațiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către unitățile sanitare publice cu paturi pentru cazurile transferate către acestea, fie direct, fie prin intermediul unei asigurări.

(6) Casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte de furnizare de servicii medicale cu unitățile sanitare cu paturi dacă

acestea nu prezintă structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii.

(7) Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013—2014 asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice pentru care nu este obligatorie condiția menționată anterior. Spitalele de specialitate încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă, la data intrării în vigoare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013—2014, asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(8) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu spitalele pentru numărul de paturi contractabile stabilite la nivelul fiecărui județ în conformitate cu Planul național de paturi, din care un procentaj de maximum 5% din paturile contractabile se contractează cu furnizori privați pentru spitalizare continuă. Paturile necontractate în limita de 5% cu furnizorii privați se redistribuie către furnizorii publici din județul respectiv. În situații justificate, cu aprobarea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, potrivit normelor, se poate depăși procentajul de 5% al paturilor contractate cu furnizorii privați, fără a se depăși numărul de paturi contractabile stabilit la nivelul fiecărui județ.

Art. 62. — (1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență. Spitalele din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(2) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, situație în care un

medic poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul a două spitale sau poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul unui spital și într-un centru de sănătate multifuncțional cu personalitate juridică, pentru activitatea desfășurată în regim de spitalizare de zi, cu respectarea legislației muncii.

(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai administrației publice locale, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (3) de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate.

Art. 63. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

(2) În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc — spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilit prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

Art. 64. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.



(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale, internările pentru persoanele private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc.

(3) Fac excepție de la prevederile alin. (1) situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României,

Art. 65. — (1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat — sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat — sistem DRG se stabilește pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare *ICM* și a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare *TCP*. Metodologia de stabilire a *ICM*-ului și *TCP*-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicești este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute în norme și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b);

f) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif/caz rezolvat. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, a căror plată se face prin tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(5) Numărul de cazuri și tariful aferent serviciilor de spitalizare de zi se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 66. — (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în regim ambulatoriu de unitățile sanitare cu paturi și de către furnizorii de servicii medicale — investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune sau investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Diferența de 10% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 9% pentru decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b), pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 și pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv regularizări trimestriale, în condițiile prevăzute în norme, după caz;

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă numai pentru spitalele care nu sunt beneficiare ale Programului pentru îngrijirea cazurilor critice a cărui finanțare este asigurată din bugetul Ministerului Sănătății, în condițiile stabilite prin norme.

## **2. Obligațiile și drepturile spitalelor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate**

Art. 67. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru

medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

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

c) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme, precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății, în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;

d) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

e) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate, în condițiile stabilite prin norme;

g) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

h) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în norme;

i) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

j) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

k) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

l) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate, autorizate și evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte

se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

m) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta. Spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență. În această situație, casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme.

(3) Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se raportează distinct la casele de asigurări de sănătate și se decontează de către acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(4) Unitățile sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății au obligația ca în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitățile financiare sau cu implicații financiare, plățile asumate prin angajamente bugetare și legale, precum și alocarea creditelor bugetare, astfel încât până la sfârșitul anului 2013 să prezinte Ministerului Sănătății raportul de audit pentru anul 2012.

(5) Unitățile sanitare publice cu paturi, altele decât cele prevăzute la alin. (4), au obligația ca în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, să solicite ordonatorului principal de credite efectuarea unui audit public intern pentru activitatea anului 2012.

(6) Punerea în aplicare a dispozițiilor menționate la alin. (4) și (5) are ca scop preîntâmpinarea înregistrării de arierate la nivelul unităților sanitare publice cu paturi.

(7) Ministerul Sănătății analizează trimestrial execuția bugetului de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice cu paturi, în vederea luării măsurilor ce se impun, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 68. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 69. — În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

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

c) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

d) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor;

e) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

f) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

g) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform normelor.

### 3. Decontarea serviciilor medicale spitalicești

Art. 70. — (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități stabilit în condițiile prevăzute la art. 65 alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 65 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip interspitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.

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

a) sume aferente Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare

a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b);

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme.

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. c) și d) se alocă prin încheierea de acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 71. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 65 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul

Sănătății; numărul de cazuri externate se raportează și se validează de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 65 alin. (2) lit. b);

c) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, efectuate în regim ambulatoriu, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, în limita sumei contractate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 65 alin. (2) lit. h).

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire — acut-acut sau cronic-cronic — pentru patologii de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat — DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în

procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire — acut-acut sau cronic-cronic — pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează — la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul — în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat — DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme.

(5) Prin excepție de la prevederile alin. (4), decontarea cazurilor transferate de la o unitate sanitară privată cu paturi către o unitate sanitară publică cu paturi se realizează — la unitatea sanitară privată cu paturi — în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat — DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului. Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare publice cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare private cu paturi, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare private fiind obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maximum 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitară privată cu paturi.

Art. 72. — Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 71, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin Programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară ori aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, în condițiile stabilite prin norme; pentru investigațiile paraclinice efectuate în alte unități sanitare, spitalele întocmesc evidența distinctă și raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste investigații, precum și unitatea sanitară unde au fost efectuate, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;

b) consultații interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective. Pentru consultațiile efectuate în alte unități sanitare, spitalele întocmesc evidența distinctă și raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste consultații, precum și unitatea sanitară unde au fost efectuate, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;

c) transport interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară ori la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta

fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță. Pentru transportul interspitalicesc al asiguraților internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, spitalele întocmesc evidența distinctă și raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste servicii, precum și unitatea autorizată care a efectuat aceste servicii, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;

d) servicii hoteliere standard — cazare și masă, pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 73. — (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și pentru situațiile prevăzute la art. 72 lit. a), b) și c).

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.

Art. 74. — (1) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul de servicii ce se acordă persoanelor care se asigură facultativ. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești 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 serviciile medicale spitalicești de lungă durată — ani și pentru serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența;

c) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(2) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești pentru care se încasează coplată.

(3) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 213<sup>1</sup> din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

(4) Spitalele încasează de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere — cazare și/sau masă — cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, în condițiile și la un tarif maxim stabilite prin norme.

(5) Spitalele aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) și (4). Nerespectarea acestei obligații conduce la aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 76 alin. (1).

Art. 75. — Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii — boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii — boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

#### **4. Sancțiuni și condiții de suspendare și modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești**

Art. 76. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 67 alin. (1) lit. g) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul

fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(6) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secției/secțiilor a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(7) În situațiile prevăzute la alin. (6) lit. b)—d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(8) Prevederile art. 19 și 21 nu se aplică unităților sanitare cu paturi.

(9) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

#### *SECȚIUNEA a 9-a*

#### **Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat**

##### **1. Condiții de eligibilitate**

Art. 77. — (1) Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate se acordă de unități specializate private, autorizate și evaluate.

(2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

(3) Valabilitatea contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat nu poate depăși valabilitatea autorizației de funcționare emise de Direcția de sănătate publică în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

### **2. Obligațiile furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat și ale caselor de asigurări de sănătate**

Art. 78. — (1) În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, unitățile specializate private, autorizate și evaluate, care acordă consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat sunt obligate, după caz:

a) să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform normelor;

c) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(2) Serviciile de ambulanță private au obligația să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanță, consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanță și serviciile de ambulanță private, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 79. — La contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prezintă:

a) lista cu personalul angajat;

b) lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare;

c) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare, în condițiile prevăzute prin norme;

d) autorizația de funcționare emisă de Direcția de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Art. 80. — În relațiile contractuale cu unități specializate private, casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze unităților medicale specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a serviciilor de transport sanitar neasistat acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii, a listei certificate de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, precum și a celorlalte documente justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, cu încadrarea în sumele negociate și contractate.

### **3. Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat**

Art. 81. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unitățile specializate

private autorizate și evaluate, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitățile de plată sunt:

a) pentru consultațiile de urgență la domiciliu, prin tarif pe solicitare și tarif pe kilometru efectiv parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă, după caz, pentru serviciile de transport neasistat;

b) pentru alte tipuri de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural sau milă parcursă, după caz.

(3) Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu acordate de unitățile specializate private se negociază între aceștia și casa de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu toți furnizorii, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 82. — Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Art. 83. — Modalitățile și condițiile în care se face decontarea de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

### **4. Sancțiuni, condiții de suspendare și reziliere a contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat**

Art. 84. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(5) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea termenului de valabilitate a autorizației de funcționare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea autorizației de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(6) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la alin. (1).

(7) Prevederile art. 19 și 21 nu se aplică unităților medicale specializate private care acordă consultații de urgență la domiciliu și servicii de transport sanitar neasistat.

#### SECȚIUNEA a 10-a

##### **Îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative**

###### **1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative**

Art. 85. — (1) Îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, persoane fizice sau juridice, autorizate și evaluate în condițiile legii, alții decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative.

(2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se stabilesc în norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, în condițiile stabilite prin norme.

(4) La contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative au obligația să prezinte:

a) lista cu personalul de specialitate autorizat și programul de lucru al acestuia;

b) lista cu echipamentele și/sau instrumentarul specific aflate în dotare și documentele care atestă modalitatea de deținere a acestora, conform legii.

###### **2. Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative**

Art. 86. — Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15 și cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați:

a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medicii de familie, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia în condițiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative;

b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu și îngrijirile paliative, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

d) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

f) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.



### 3. Sancțiuni, condiții de reziliere și modificare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative

Art. 87. — Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării situațiilor prevăzute la art. 19, în cazul nerespectării situațiilor prevăzute la art. 86 lit. a)—d), la a treia constatare a nerespectării obligației prevăzute la art. 86 lit. f), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 88 alin. (2).

Art. 88. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. a)—c), e), h)—k), o), q), t), ț), u) și v), precum și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 86 lit. f), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

### 4. Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative

Art. 89. — Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative depune la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de documentele justificative, până la data prevăzută în contract.

Art. 90. — (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative acordate asiguraților, pentru un episod de îngrijire. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative, precum și tarifele se stabilesc prin norme.

(2) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea serviciilor emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(3) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care

a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

(4) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în norme.

## SECȚIUNEA a 11-a

### Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi

#### 1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 91. — (1) Asistența medicală de recuperare-reabilitare se asigură în unități medicale de specialitate, autorizate și evaluate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale sanatorii pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

(2) Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente:

a) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

b) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;

c) indicatorii specifici stabiliți prin norme, precum și nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului Sănătății în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective, după caz;

d) declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că folosește protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale.

#### 2. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății

Art. 92. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale asiguraților numai pe bază de bilet de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale

de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Elveția. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

b) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

c) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

### **3. Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății**

Art. 93. — Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare-reabilitare sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;

b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, și în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare. În cadrul sumelor negociate și contractate, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare. Trimestrial se fac regularizări, în condițiile stabilite prin norme. În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați, care reprezintă 30—35% din indicatorul specific,

în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme.

Art. 94. — (1) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare-reabilitare în stațiunile balneoclimatice se acordă 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, pe perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare-reabilitare.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează numai contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în baza biletelor de internare utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

### **4. Sancțiuni și condiții de modificare a contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi**

Art. 95. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunară.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(5) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(6) Prevederile art. 19 și 21 nu se aplică unităților sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare.

## CAPITOLUL III

**Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție  
personală în tratamentul ambulatoriu,  
precum și a unor materiale sanitare specifice  
pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși  
în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ**

## SECȚIUNEA 1

**Condiții de eligibilitate**

Art. 96. — (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Toate farmaciile care dețin autorizație de funcționare în vigoare pentru distribuție cu amănuntul și sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce privește încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă dețin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică eliberată de Colegiul Farmaciștilor din România. În cazul sancțiunii de suspendare a autorizației de funcționare Ministerul Sănătății și Colegiul Farmaciștilor din România, după caz, au obligația de a notifica în scris caselor de asigurări de sănătate aplicarea acestei sancțiuni.

(3) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013—2014.

Art. 97. — Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare *listă*, se elaborează în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 98. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice pentru farmaciile autorizate și evaluate pe care aceștia le reprezintă, precum și cu cei ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente:

- a) certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;
- b) codul unic de înregistrare;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului;
- d) dovada de evaluare a farmaciei;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

g) dovada plății la zi a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

h) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) Certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, avizat anual, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate;

j) Certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România — filiala județeană.

(2) Casele de asigurări de sănătate solicită documentele necesare încheierii contractelor care sunt prevăzute în prezentul contract-cadru, precum și în norme.

(3) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale.

(4) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate comercială farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

(5) Reprezentanții legali ai furnizorilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

## SECȚIUNEA a 2-a

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

Art. 99. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluează au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință — pentru medicamentele din sublistele A, B și C — secțiunile C1 și C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu — factura și alte documente justificative prevăzute în norme. Sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării Generale Naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea

medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate, în situațiile prevăzute în norme;

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii „anulat”, DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

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

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C — secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe versoul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe versoul prescripției;

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

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum și situația substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 101 lit. c);

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune;

y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor — farmacia/oficina, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmacistii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

z) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Art. 100. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, în condițiile prevăzute în norme;

b) să se informeze și să fie informați asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;

e) să negocieze în calitate de parte contractantă clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 101. — În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate atenționează medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora și încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, la termenele prevăzute în prezentul contract-cadru, în condițiile prevăzute în norme;

e) să urmărească lunar, în cadrul aceleiași DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preț pe unitate terapeutică/preț de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu prețul de referință, și total consum medicamente; să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1), cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi;

i) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

k) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situația fondurilor lunare aprobate și a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârșitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

#### SECȚIUNEA a 3-a

##### **Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ**

Art. 102. — (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.

(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din prețul de referință, din care 50% se suportă din bugetul Fondului și 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință/prescripție este de până la 330 lei/lună și de care beneficiază pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

(4) Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul

care să asigure creșterea accesului asiguraților la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor OMS sau cantitatea de substanță activă, după caz.

(5) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor — denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B și C — secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Se includ în listă medicamentele din CANAMED pentru care deținătorul autorizației de punere pe piață declară pe propria răspundere că sunt îndeplinite prevederile art. 792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, respectiv obligația de asigurare a unor stocuri adecvate și continue din medicamente; declarația trebuie să cuprindă și lista distribuitorilor prin care se asigură distribuția medicamentelor. Pentru medicamentele care dau prețul de referință deținătorul autorizației de punere pe piață trebuie să asigure minimum 50% din consumul cantitativ de medicamente din cadrul unei DCI, pe fiecare formă farmaceutică și concentrație corespunzător anului anterior. Pentru medicamentele autorizate, nou-intrate pe piață, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

(6) În situația în care se constată că deținătorul de autorizație de punere pe piață nu a asigurat prezența medicamentelor pe piață conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din listă în maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei medicamentelor de pe piață, de către instituțiile abilitate, precum și la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale București.

(7) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2013—2014 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei „bun de plată” facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate.

(8) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (7) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

(9) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013—2014.

(10) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ finanțate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului se face în conformitate cu prevederile hotărârii

Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013—2014.

Art. 103. — (1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale — DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale — DCI corespunzătoare. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A și B — o singură prescripție lunar, cu maximum 7 medicamente. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;

c) o singură prescripție din sublista B lunar pentru pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 330 lei pe lună/prescripție, și un număr de maximum 3 medicamente, situație în care nu beneficiază de medicamente din sublista B în condițiile prevăzute la lit. a) și b), cu compensare de 90% din prețul de referință. În acest caz, se pot prescrie maximum 7 medicamente din sublistele A și B;

d) pentru sublista C secțiunea C1 — pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secțiunea C3 — o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepție, în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, se pot emite pentru același asigurat mai multe prescripții, conform reglementărilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru afecțiunile cronice, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea

medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(6) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni beneficiază de medicamente gratuite, fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3—5 zile în afecțiuni acute, de până la 8—10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30—31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

Art. 104. — (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală pentru tratamentul în ambulatoriu se acordă pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din

unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în norme. Prin *medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești* se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

#### SECȚIUNEA a 4-a

##### **Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

Art. 105. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;
- d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 109 alin. (1); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 109 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori măsurile prevăzute la art. 109 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 99 lit. a)—c), e)—h), j)—x) și z); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 99 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond.

Art. 106. — (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a)—d) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 99 lit. y), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilității/revocării acestuia;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
- d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fond de la data constatării acestui fapt de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după



30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor medicamente ajunge la valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 107. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 106 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 108. — (1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 105 lit. f), g) și h) — pentru nerespectarea prevederilor art. 99 lit. f), g), r), ț) și v) — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 105 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 106 și 107 referitoare la condițiile de suspendare, respectiv încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

Art. 109. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment scris, la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 99 lit. a)—c), e)—h), j)—x) și z) se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment, la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 99 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) Reținerea sumei potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

## CAPITOLUL IV

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

#### SECȚIUNEA 1

##### Condiții de eligibilitate a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Art. 110. — Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 111. — (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social și pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului;

d) certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății, și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător, după caz;

e) avizul de funcționare, după caz, emis de Ministerul Sănătății;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;

g) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;

i) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului.

(2) Casele de asigurări de sănătate solicită documentele necesare încheierii contractelor care sunt prevăzute în prezenta hotărâre, precum și în norme.

#### SECȚIUNEA a 2-a

##### **Drepturile și obligațiile furnizorilor de dispozitive medicale, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate**

Art. 112. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale evaluați au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. g), însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

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

h) să emită, în vederea decontării, și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele

efectuate după protezarea auditivă de către același furnizor autorizat și evaluat care a efectuat audiograma inițială pentru stabilirea diagnosticului, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului ori a aparținătorului acestuia: membru al familiei — părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal/cod unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

m) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;

n) să reînnoiască, pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor — atât pentru sediul social, cât și pentru punctele de lucru, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate

de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Art. 113. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora;

b) să fie informați ori de câte ori este nevoie asupra modalității de încheiere a contractelor de furnizare a dispozitivelor medicale, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contribuție personală de la asigurați, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 114. — În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizați și evaluați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, și să se facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în norme;

d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social și punctul de lucru din județul respectiv, pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

f) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

g) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin *emitent* se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;

h) să solicite organelor abilitate soluționarea situațiilor în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să înmâneze, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;

j) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului.

#### SECȚIUNEA a 3-a

##### **Decontarea dispozitivelor medicale**

Art. 115. — Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc conform unei metodologii care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dispozitivele medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.

Art. 116. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță și bon fiscal sau, la cererea asiguratului, și factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical

prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă, în cazul decesului asiguratului în cursul unei luni.

Art. 117. — (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Art. 118. — (1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct

sau prin reprezentantul legal, și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie: părinte, soț/soție, fiu/fiică, de către o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau de către reprezentantul legal al asiguratului. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidențe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale, conform modelului prevăzut în norme sau biletului de ieșire din spital transmise de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal.

(3) Modul de prescriere, procurare/inchiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.

(4) Termenele de înlocuire se stabilesc prin norme.

(5) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, trebuie să respecte prevederile art. 383 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în relația cu furnizorii de dispozitive medicale.

#### SECȚIUNEA a 4-a

##### **Sanțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale**

Art. 119. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătății, și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 112 lit. a)—e), g)—m) și o);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

Art. 120. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) încetarea, prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 121 alin. (1) lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a furnizorului.

Art. 121. — (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăreia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a)—c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 112 lit. n), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/ revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor dispozitive medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 122. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 112 lit. a)—e), g)—m) și o) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Reținerea sumei potrivit alin. (1) lit. b) și c) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) lit. b) și c) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) lit. b) și c) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

## CAPITOLUL V

### Dispoziții finale

Art. 123. — (1) Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute în norme.

(2) Serviciile medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță și modalitățile de acordare sunt prevăzute în norme.

Art. 124. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, 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 și serviciile medicale ambulatorii.

Art. 125. — Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, 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. 126. — Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Art. 127. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai centrelor de sănătate multifuncționale înființate ca unități cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii

aprobate, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte/acte adiționale de furnizare de servicii medicale cu reprezentanții legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncțional, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

Art. 128. — Începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2014. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Art. 129. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anii 2011—2012 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 anii 2013—2014. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 130. — (1) Sunt incluse în lista de medicamente — denumiri comerciale — de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care medicamentul respectiv nu este inclus în lista medicamentelor care necesită studii de bioechivalență, conform normelor în vigoare, și a situațiilor în care pentru o anumită denumire comună internațională nu există medicamente care dețin astfel de studii.

(2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru femeile gravide și lăuze.

Art. 131. — Furnizorii de servicii medicale au obligația de a respecta ghidurile și protocoalele de practică medicală elaborate conform dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 132. — (1) Este interzisă eliberarea în cadrul cabinetelor medicale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare. În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepția celor prevăzute de legislația în vigoare, reprezentanții Colegiului Farmaciștilor din România au dreptul de a participa la

verificările făcute de organele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.

(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situație.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situație, începând cu data la care situația este constatată de către casa de asigurări de sănătate.

(4) Este interzisă eliberarea fără prescripție medicală a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare.

Art. 133. — Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceștia, pentru cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare și de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile și de Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.466/2008 pentru aprobarea circuitului informațional al fișei unice de raportare a bolilor transmisibile.

Art. 134. — Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate în formatul și la termenele prevăzute;

b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

c) să monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală și să afișeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;

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

e) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale și a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale/zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative decontate pe fiecare asigurat;

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, și să afișeze lunar pe pagina web informații semnificative în acest sens, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

h) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;

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

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

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate;

l) să afișeze pe pagina web proprie toate formularele tipizate, fără regim special, conform modelelor standardizate prevăzute în norme;

m) să organizeze evidența contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au încheiate cu furnizorii de servicii conexe actului medical, organizați în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii nr. 213/2004, respectiv cu furnizorii de servicii conexe actului medical care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

n) să respecte prevederile Hotărârii Guvernului nr. 151/2011 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2011—2013;

o) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Elveția, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României.

Art. 135. — Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 136. — Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme.

Art. 137. — Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor sau după data semnării contractului/convenției și care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului contract-cadru, prin *forță majoră* se înțelege: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore.

Art. 138. — Documentele justificative privind raportarea activității realizate se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 139. — (1) În vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, începând cu data implementării sistemului cardului național de asigurări sociale de sănătate, furnizorii au obligația de a solicita acest document titularilor acestuia.

(2) Până la data utilizării de către asigurați și furnizori a cardului național de asigurări sociale de sănătate, dovedirea calității de asigurat se face conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 140. — (1) Furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

(2) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

(3) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor utilizând prescrierea electronică se stabilesc prin norme. Prescrierea electronică de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line.

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate.

(6) În situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la alin. (5), furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

(7) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligației prevăzute la alin. (6), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(8) Verificarea îndeplinirii obligației prevăzute la alin. (6) se realizează trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, de către casele de asigurări de sănătate, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(9) Reținerea sumei prevăzute la alin. (7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (7) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (7) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și pentru furnizorii care au încheiate convenții pentru prescriere medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (7) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic prescriptor.

Art. 141. — În vederea exercitării atribuțiilor și respectării prevederilor art. 16 alin. (11) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, se constituie, prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, o comisie care prezintă ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate analize referitoare la evoluția serviciilor medicale acordate în sistemul de asigurări sociale de sănătate prin prelucrarea datelor din Platforma informatică din asigurările de sănătate, ori de câte ori este necesar.

★

## RECTIFICĂRI

În anexa nr. 3 la Ordinul președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 38/2012 pentru aprobarea valorilor de referință armonizate ale eficienței pentru producerea separată de energie electrică, respectiv energie termică și a factorilor de corecție aplicabili la nivel național, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 756 din 9 noiembrie 2012, se face următoarea rectificare:

— la coloana 1 rândul 3, în loc de: „5—100 kV” se va citi: „50—100 kV”.

★

În anexa nr. 1 la Ordinul viceprim-ministrului, ministrul finanțelor publice, nr. 250/2013 privind modificarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 262/2007 pentru aprobarea formularelor de înregistrare fiscală a contribuabililor, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 130 din 12 martie 2013, se face următoarea rectificare:

— în formularul 010, la pct. E, „DATE PRIVIND VECTORUL FISCAL”, după rândul 3.2 „Scoatere din evidență” se va citi: „4. Accize”.

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,  
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București  
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București  
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)  
 Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro  
 Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,  
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72  
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

