MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul 191 (XXXV) — Nr. 484 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 31 mai 2023

SUMAR

Pagina

Anexele nr. 1—50 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate..... 3–596

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 1.857 din 30 mai 2023

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 441 din 29 mai 2023

O R D I N
privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*)

Având în vedere Referatul de aprobare nr. AR 9.750 din 30 mai 2023 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.086 din 29 mai 2023 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

— art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 17 alin. (5) din Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și **președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevăzute în anexele nr. 1—50, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iulie 2023.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

*) Ordinul nr. 1.857/441/2023 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 din 31 mai 2023 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXA 1

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ŞI DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;
1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilactice;
1.3. servicii medicale la domiciliu;
1.4. servicii diagnostice şi terapeutice;
1.5. activităţi de suport;
1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a. anamneză, examenul clinic general;
b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
c. manevre de mică chirurgie, după caz;

d. stabilirea conduitei terapeutice şi/sau recomandări igieno-dietetice, precum şi instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

1.1.2.1. Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultaţii.
NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a) supravegherea evoluţiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicaţiilor;

d) educaţia neasiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.

Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a – d prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/neasigurat se decontează o consultaţie pe lună.
NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.
Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive

- bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordrate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, recomanadare de investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a. evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; recomandare pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigaţii: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidenţa medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil

lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFGe), albuminurie, determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), în funcţie de nivelul de risc; recomandare, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA ≥/= 180/110 mmHg;
- Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;
- Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ ≥/= 10 ani sau alt factor de risc adiţional;
- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);
- Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;
- DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);
- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);
- Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;
- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecţiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi recomandare pentru iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; recomandare pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidenţa medicului de familie cu astm bronşic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor şi prevenţia exacerbărilor, declinul funcţiei pulmonare şi a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al simptomelor astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezenţa simptomelor nocturne

4. limitarea activităţii datorată astmului

Astm bronşic controlat: Nici un criteriu

Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC - ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; recomandare, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie şi imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronșic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) și la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune
- incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt cele care nu sunt înregistrate în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; recomandare pentru tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului RFGe şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); recomandare pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) , examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 – A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

- A1- absentă sau ușor crescuta - <30 mg/g
- A2- microalbuminurie - 30–300 mg/g
- A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG ≥ 90ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60–89ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzută eRFG 45–59ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30–44ml/min
- G4- sever scăzută eRFG eRFG 15–29ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG <15ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:
- Mic : G1 A1, G2 A1
- Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b. hematurie nonurologică
c. Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;
d. injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);
e. HTA necontrolată;
f. Instalarea complicaților BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Recomandarea pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3**a**A2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată. Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul și monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

1.2.1. Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a. creşterea şi dezvoltarea;

b. starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c. depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice şi pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

1.2.1.1. Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului, - timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:
- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:
- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

• Proteine totale serice
• LDL colesterol
• Trigliceride serice
• Glicemie
• TGP
• TGO
• TSH
• FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

• LDL colesterol
• Trigliceride serice
• Glicemie
• TGP
• TGO
• TSH
• FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)

• VDRL sau RPR

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

• Hemoleucograma completă
• Feritină

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include şi depistarea sarcinii, după caz;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultaţii/lună;

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate – la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere - la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultaţii/persoană/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani

• Hemoleucogramă completă
• VSH
• Glicemie
• Colesterol seric total
• LDL colesterol
• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
• TGO
• TGP
•determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)

b. pentru femeia cu vârsta între 18 şi 39 ani care planifică o sarcină

• senologie imagistică
• examen Babes-Papanicolau la 2 ani
• VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste

• Hemoleucogramă completă
• VSH
• Glicemie
• Colesterol seric total
• LDL colesterol
• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
• PSA la bărbaţi
• TGO
• TGP
•determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
• senologie imagistică TSH şi FT4 la femei

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

NOTA: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.4.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepţie;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe persoană.

1.2.5.2. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:

- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;
- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;
- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);
- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);
- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);
- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice
- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);
- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);
- suplimentarea cu acid folic.
- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice
1.2.6.1. Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.
1.2.6.2 Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.
NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.
NOTA 2: În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de aceleaşi evaluări, intervenții şi recomandare de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani şi peste. Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice
1.2.7.1. Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.
1.2.7.2. Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă): evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.
NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.
NOTA 2: Pentru recomandarea de investigații paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competența medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripții utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- examinare DXA
- PSA la bărbaţi
- TGO

• TGP
• determinarea raportului albumină/creatinină urinară
• senologie imagistică,
• examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH şi FT4 la femei

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate în urma consultațiilor preventive.

1.2.8. Pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTĂ: Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) şi/sau

b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) şi/sau

c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Naţional de Diabet Zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este >/= 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

1.2.9. Pentru persoanele cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) şi determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 şi A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 și G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice şi pentru consultațiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultațiilor preventive.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

1.3.2. Consultaţiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări

ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/ persoană neasigurată şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

1.3.5. Consultaţiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele şi prenumele, persoanei neasigurate sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile diagnostice şi terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanelor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	**Denumire serviciu**
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ*3)
4.	Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tuşeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracţie corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Imobilizare entorsă*2), *4)
13.	Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltraţii, proceduri de evacuare colecţii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naştere*2), *4) *5)
15.	Naştere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifica o sarcina

22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *2), *4)

*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.

*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*5) Serviciile se acordă în situația în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistență medicală.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistența medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.

1.5. Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum şi în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultaţie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie, precum şi costurile altor activităţi de suport altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii medicale adiţionale, servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative:

1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului

medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a. anamneză, examenul clinic general;

b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c. recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;

d. manevre de mică chirurgie, după caz;

e. stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

f. bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

g. recomandare pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;

h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii şi preventorii, după caz;

i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar;

j. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultaţii.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail

a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a) supravegherea evoluţiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicaţiilor;

d) educaţia asiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.

Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a - j prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/asigurat se decontează o consultaţie pe lună.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care ii poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG;

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată, albuminurie cu determinarea raport albumină/creatinină urinară, în funcţie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA ≥ 180/110 mmHg;
- Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;
- Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ ≥ 10 ani sau alt factor de risc adiţional;

- BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);
- Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;
- DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);
- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);
- Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;
- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecțiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; trimitere pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu astm bronșic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor şi prevenţia exacerbărilor, declinul funcției pulmonare şi a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control al astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână
2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână
3. prezenţa simptomelor nocturne
4. limitarea activităţii datorată astmului

Astm bronşic controlat: Nici un criteriu

Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienților cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie și imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică - controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ţinta terapeutică - renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat, examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi, dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie şi imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puțin în următoarele situații:

- pentru astm bronşic, la pacienții cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator și/sau Montelukast
- pentru BPOC, la pacienții cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) şi la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acțiune
- incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară

estimată - eRFG, examen sumar de urină, raport albumină/creatinină urinară de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală;

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară, examen sumar de urină; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a. Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:

Categoria albuminurie (A1 – A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

- A1- absentă sau ușor crescuta - <30 mg/g
- A2- microalbuminurie - 30–300 mg/g
- A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuația CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG ≥ 90ml/min
- G2 - ușor scăzut eRFG 60–89ml/min
- G3a - ușor până la moderat scăzută eRFG 45–59ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30–44ml/min
- G4- sever scăzută eRFG eRFG 15–29ml/min
- G5 - Insuficiență renală eRFG <15ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic : G1 A1, G2 A1
- Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b. hematurie nonurologică

c. Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d. injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e. HTA necontrolată;

f. Instalarea complicaților BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Biletul de trimitere pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienţii cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză non-urologică, hipertensiune arterială necontrolată. Pentru pacienții cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - așa cum reiese din parametrii de risc evaluați - diagnosticul şi monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluției parametrilor de risc asociați bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

1.2.1. Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a. creşterea şi dezvoltarea;

b. starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c. depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

1.2.1.1. Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

a) la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului;
- timpul mediu /consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- timpul mediu/consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive copiii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:
• Hemoleucograma completă
• Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:
• Calciu seric total
• Calciu ionic seric
• Fosfor
• Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială
• Proteine totale serice
• LDL colesterol
• Trigliceride serice
• Glicemie
• TGP
• TGO
• TSH
• FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială
• LDL colesterol
• Trigliceride serice
• Glicemie
• TGP
• TGO
• TSH
• FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)
• VDRL sau RPR

Pentru screeningul anemiei:
• Hemoleucograma completă
• Feritină

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii

superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include şi depistarea sarcinii, după caz

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultaţii/lună;

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate – la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere – la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultaţii/asigurat/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol

• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
• TGO
• TGP
•determinarea raportului albumină/creatinină urinară
b. pentru femeia cu vârsta între 18 şi 39 ani care planifică o sarcină
• senologie imagistică
• examen Babes-Papanicolau la 2 ani
• VDRL sau RPR
c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste
• Hemoleucogramă completă
• VSH
• Glicemie
• Colesterol seric total
• LDL colesterol
• Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
• PSA la bărbaţi
• TGO
• TGP
•determinarea raportului albumină/creatinină urinară
• senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice,TSH şi FT4 la femei
NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

1.2.4.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:
a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.2.5.2. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieții reproductive cât și la evaluarea femeii preconcepție:

Planificarea vieții reproductive cuprinde:
- investigarea numărului, spațierea sarcinilor și calendarul copiilor preconizați în vederea indicării contracepției eficiente pentru a permite implementarea acestui plan și reduce riscul unei sarcini neplanificate;
- conștientizarea fertilității și despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, șansa de concepție, riscul de infertilitate și anomalii fetale;
- pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepția eficientă și opțiunile contraceptive de urgență.

Evaluarea femeii preconcepție cuprinde:

- istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuților, pierderea fătului, malformații congenitale, prematuritate, greutate mică la naștere, diabet gestațional);
- istoricul medical (afecțiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare ca de ex. diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie și trombofilie);
- utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripție medicală, vitamine și suplimente alimentare);
- evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, testul Babeș Papanicolau efectuat înainte de sarcină, indicele de masă corporală și tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriție și recomandarea de exerciții fizice
- consumul de substanțe (consumul de tutun, alcool și droguri ilegale și respectiv consilierea pentru renunțarea la fumat, alcool și droguri ilegale dacă e cazul);
- istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B, rubeolei și varicelei);
- suplimentarea cu acid folic;
- evaluarea sănătății psihosociale (evaluarea sănătății mintale perinatale, inclusiv anxietatea și depresia, condițiile de sănătate mintală preexistente, evaluare și tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor și riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină și post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce privește expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic și la locul de muncă care poate afecta fertilitatea și crește riscul de avort spontan și de malformații congenitale. Se recomandă evitarea infecțiilor TORCH: Toxoplasmoză, Altele (ex. sifilis, varicela, oreion, parvovirus, HIV, listerioză), Rubeola, Citomegalovirus și Herpes simplex.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

1.2.6.2. Consultația preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate altor afecțiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultații sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultațiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 și 60 ani beneficiază de aceleași evaluări, intervenții și investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive, nu a efectuat aceste investigații.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultații/asigurat, anual.

1.2.7.2. Consultația cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață): evaluarea practicilor nutriționale și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătătatea orală, consumul de substanțe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepția persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ țintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinență urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demență.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidența medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.
NOTA 2: Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecțiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
- examinare DXA
- PSA la bărbaţi
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- senologie imagistică, examen Babes-Papanicolau la 2 ani la femei simptomatice, TSH şi FT4 la femei

1.2.8. Pentru asiguraţii adulţi care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

NOTA 1. Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a) Glicemie bazală (a jeun) cuprinsă în intervalul 110 - 125 mg/dl (5,6 - 6,9 mmol/l) şi/sau

b) TTGO cuprins în intervalul 140 - 199 mg/dl (7,8 - 11 mmol/l) şi/sau

c) HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7 - 6,49%,

medicul de familie va include pacientul în Programul Naţional de Diabet Zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control, valoarea HBA1c este >/= 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

1.2.9. Pentru asiguraţii adulţi, cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) şi determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigații cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.
NOTĂ Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1-2 şi A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.
Pentru pacienții cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 şi G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.
Pentru pacienții cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

1.3.2. Consultaţiile la domiciliu se acordă asiguraţilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/asigurat şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

1.3.5. Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele, prenumele, asiguratului sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile medicale adiţionale, serviciile diagnostice şi terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz.

1.4.1. Servicii medicale adiţionale acordate la nivelul cabinetului, în cadrul unui program de lucru la cabinet prelungit corespunzător: ecografia generală - abdomen şi pelvis.

Medicii de familie efectuează şi interpretează ecografiile numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale - abdomen şi pelvis numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen şi pelvis se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate şi acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ*3)

4.	Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tuşeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracţie corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Imobilizare entorsă*2), *4)
13.	Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltatii, proceduri de evacuare colecţii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naştere*2), *4) *5)
15.	Naştere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicaţia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienţii cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxaţii *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *2), *4)

*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.

*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*5) Serviciile se acorda in situatia in care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistenta medicala.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenţei medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.

1.5. Activităţile de suport

Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:

a. certificat de concediu medical;

b. bilete de trimitere;

c. prescripţii medicale;

d. adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;

e. acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile legii;

f. adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unităţile de învăţământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unităţile pentru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna şi recreerea copiilor şi tinerilor, cu modificările ulterioare;

g. certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului

justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale;

h. fişa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilităţi pentru încadrarea şi reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi persoanelor vârstnice, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei naţionale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale speciale;

i. adeverinţe încadrare în muncă pentru şomerii beneficiari ai pachetului de bază;

j. eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum şi în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

k. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar.

NOTA 1: Activităţile de suport sunt consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII.

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2.subpct.1.2.4. şi la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor

europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2. subpct. 1.2.4. din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 2

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, şi plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă şi gen a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă şi gen a persoanelor înscrise asigurate se stabileşte astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	**0 – 3 ani**		**4 – 18 ani**		**19 – 39 ani**		**40 – 59 ani**		**60 de ani şi peste**	
Gen	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Număr de puncte/ persoană/an	13	13	8	8	3	4	7	8	11	11

NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 18 ani.

NOTA 2: În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - şi persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituţionalizate - copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3: Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani şi peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform art. 1 alin. (2) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente. În situaţia contractelor nou încheiate pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.
Pentru medicii nou veniţi care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenţiei încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului.
3. Programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână. În situaţia în care, pentru accesul persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, furnizorul solicită majorarea programului de lucru al cabinetului medical cu până la două ore zilnic şi/sau modificarea raportului prevăzut la alin. (3), lit. b) cu asigurarea numărului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1 la ordin, se încheie act adiţional la contract. Programul de lucru zilnic la domiciliu este de cel puţin o oră pe zi.

Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului, fără ca numărul de ore de program de la punctul de lucru să îl depășească pe cel corespunzător normei de bază.
4. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 22,000puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- cu 50% , când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;

b) Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4) şi (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.
Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (1) şi art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, chiar dacă la sfârşitul celor 6 luni, pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la art. 2 alin. alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la actul normativ mai sus menţionat; Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relaţiei contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârşitul celor 6 luni. Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural - în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (1) şi art. 17 alin. (2) şi (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, la sfârşitul celor 6 luni, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului.

Prin excepție, pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o, în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depășește venitul calculat conform convenției; în caz contrar se prelungește durata de valabilitate a convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie.

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit în mediul urban are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la art. 2 alin. (4) de la capitolul I din anexa nr. 2 din actul normativ mai sus menţionat, venitul se stabileşte conform lit. a). Se consideră medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în unitatea administrativ-teritorială respectivă, inclusiv medicii care şi-au desfăşurat activitatea ca medici angajaţi într-un cabinet medical individual aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situaţii:

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară din unităţi administrativ-teritoriale din mediul rural şi din mediul urban pentru oraşele cu un număr de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%. Pentru medicii nou veniți în unitatea administrativ-teritorială, cu cabinetele medicale situate în unități administrativ-teritoriale din mediul rural cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică doar procentul de majorare de 200%, fără a se aplica sporurile de 50%, respectiv 100%, prevăzute la art. 17 alin. (2) și (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi

împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat.

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, cu respectarea legislaţiei în vigoare.

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.1.3.2, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepţia consultaţiei la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, sunt incluse în plata "per capita". Consultaţiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1, 1.3 şi serviciile prevăzute la subpunctul 1.4.2 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depăşesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), respectiv ale art. 15 alin. (2), sunt incluse în plata "per capita" aferentă anului în curs, după aplicarea prevederilor art. 15 alin. (4) în luna decembrie.

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcţie de gradul profesional, cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.

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

A. PACHET MINIMAL		
1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate persoanelor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu/cabinet	15 puncte/consultaţie/cabinet, 30 puncte/consultaţie/domiciliu - cu durată estimată de 30 minute
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu/cabinet	15 puncte/consultaţie/cabinet, 30 puncte/consultaţie/domiciliu -cu durată estimată de 30 minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni	1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultaţie, cu durată estimată de 30 minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultaţie/an/ asigurat	10 puncte/consultaţie
2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuzei		
a) luarea în evidenţă în primul trimestru; serviciul include şi depistarea sarcinii, după caz	1 consultaţie	10 puncte/consultaţie
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna	1 consultaţie pentru fiecare lună	10 puncte/consultaţie

a 7-a;		
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultaţii pentru fiecare lună	10 puncte/consultaţie
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate		
d1) la cabinet;	1 consultaţie la domiciliu	10 puncte/consultaţie
d2) la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	30 puncte/consultaţie
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naştere		
e1) la cabinet;	1 consultaţie la cabinet	10 puncte/consultaţie
e2) la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte/consultaţie
3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic		
a) persoane neasigurate cu vârsta între 18 şi 39 ani	2 consultaţii/persoană pe an pentru completarea riscogramei	10 puncte/consultaţie; Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
b) persoane neasigurate cu vârsta > 40 ani	1 - 3 consultaţii/persoană/ pachet prevenţie anual; consultaţiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive;	Până la 30 puncte /pachet de prevenţie; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul pachetului; se deconteaza fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată
b.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/pachet prevenție	10 puncte/consultație
b.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/consultație
b.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/consultație
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani	2 consultații/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
5. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani	2 consultații/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
6. Servicii medicale curative		
a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni	2 consultaţii/persoană/ episod	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)

cronice		
a1) Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanţă	2 consultaţii/persoană/episod	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice – la cabinet	1 consultaţie/persoană/lună	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b1) Consultaţiile pentru afecţiunile cronice acordate la distanţă	1 consultaţie/persoană/lună	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ persoană - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	10 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
7. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de	2 consultaţii/persoană/an	10 puncte/consultaţie/ persoană

planificare familială		
8. Urgenţă pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical	O consultaţie/persoană/situaţie de urgenţă	5,5 puncte/consultaţie/ persoană/situaţie
9. Supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic	1 consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultaţie
10. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenţă	1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3). Se acordă 15 puncte/consultaţie şi pentru consultaţia acordată la locul solicitării.
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultaţii/episod	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultaţie/persoană/lună	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie		
d.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3)

d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	20 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării- management de caz; - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).
11. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună /persoană cu condiția realizării schemei complete de tratament
12. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspicionat de medicul de familie şi confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
13. Servicii medicale diagnostice şi terapeutice:	Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braţ		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei		5 puncte/serviciu
e) Tuşeu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extracţie corp străin din fosele nazale		8 puncte/serviciu
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen		8 puncte/serviciu
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)		4 puncte/şedinţă
j)Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		10puncte/serviciu
k)Sondaj vezical		10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		8 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor		10 puncte/serviciu

cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltraţii, proceduri de evacuare colecţii purulente)		
n) Supraveghere travaliu fără naştere		50 puncte/serviciu
o) Naştere precipitată		100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia)		3 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		5 puncte/serviciu
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		5puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină		5 puncte/serviciu
ţ) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienţii cu osteoporoză		3 puncte/serviciu
u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase		6 puncte/serviciu
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxaţii		10 puncte/serviciu
x) Spălătură gastrică		10 puncte/serviciu

A. PACHET DE BAZĂ		
1. Serviciile medicale preventive şi profilactice acordate asiguraţilor cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte/consultaţie/cabinet, 30 puncte/consultaţie/domiciliu - cu durată estimată de 30 minute
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte/consultaţie/cabinet, 30 puncte/consultaţie/domiciliu - cu durată estimată de 30 minute
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 şi 36 luni	1 consultaţie pentru fiecare din lunile nominalizate	15 puncte/consultaţie, care durează 30 minute
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultaţie/an/ asigurat	10 puncte/consultaţie
2. Monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lăuzei		
a) luarea în evidenţă în primul trimestru; serviciul include şi	1 consultaţie	10 puncte/consultaţie

depistarea sarcinii, după caz		
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultaţie pentru fiecare lună	10 puncte/consultaţie
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultaţii pentru fiecare lună	10 puncte/consultaţie
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate		
d1) la cabinet;	1 consultaţie la cabinet	10 puncte/consultaţie
d2) la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	30 puncte/consultaţie
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naştere		
e1) la cabinet;	1 consultaţie la cabinet	10 puncte/consultaţie
e2) la domiciliu;	1 consultaţie la domiciliu	15 puncte/consultaţie
3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic		
a) persoane asigurate cu vârsta între 18 şi 39 ani	2 consultaţii/asigurat o dată pe an pentru completarea riscogramei	10 puncte/consultaţie. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
b) persoane asigurate cu vârsta > 40 ani	1 - 3 consultaţii/asigurat/ pachet prevenţie anual; consultaţiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive;	Până la 30 puncte /pachet de prevenţie; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul pachetului; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată
b.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/pachet prevenție	10 puncte/consultație
b.2) consultaţie pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/ședință, consultație
b.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație /pachet prevenție	10 puncte/consultație
4. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani	2 consultații/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
5. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani	2 consultații/pachet depistare precoce	10 puncte pentru fiecare consultație; cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se efectuează în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.
6. Servicii medicale curative		

a) Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice	2 consultaţii/asigurat/ episod	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
a1) Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanţă	2 consultaţii/asigurat/ episod	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice – la cabinet	1 consultaţie/asigurat/lună	5,5 puncte/consultaţie pentru consultaţiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
c.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
c.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
c.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	10 puncte/consultaţie pentru fiecare consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) şi c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	10 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
7. Servicii la domiciliu:		
a) Urgenţă	1 consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultaţii/episod	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)

c) Boli cronice	1 consultaţie/asigurat/lună	15 puncte/consultaţie care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asiguraţii nedeplasabili înscrişi pe lista proprie		
d.1) evaluarea iniţială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea iniţială a cazului nou de HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea iniţială a cazului nou de astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea iniţială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultaţii ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultaţii în cadrul evaluării;	20 puncte/consultaţie în cadrul evaluării iniţiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) şi d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic şi boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultaţii în cadrul monitorizării managementului de caz	20 puncte/consultaţie în cadrul monitorizării- management de caz; - Se raportează fiecare consultaţie odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultaţii este de 90 de zile; - O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3).
8. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună / asigurat cu condiţia realizării schemei complete de tratament

9. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspicionat de medicul de familie şi confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
10. Servicii medicale diagnostice şi terapeutice:	Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice. Se decontează potrivit art. 15 alin. (2).	
a) Spirometrie		5 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore		10 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă – braţ		5 puncte/serviciu
d) Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei		5 puncte/serviciu
e) Tuşeu rectal		5 puncte/serviciu
f) Tamponament anterior epistaxis		8 puncte/serviciu
g) Extracţie corp străin din fosele nazale		8 puncte/serviciu
h) Extracţie corp străin din conductul auditiv extern – inclusiv dopul de cerumen		8 puncte/serviciu
i) Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)		4 puncte/şedinţă
j)Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie		10puncte/serviciu
k)Sondaj vezical		10 puncte/serviciu
l) Imobilizare entorsă		8 puncte/serviciu
m) Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltraţii, proceduri de evacuare colecţii purulente)		10 puncte/serviciu
n) Supraveghere travaliu fără naştere		50 puncte/serviciu
o) Naştere precipitată		100 puncte/serviciu
p) Testul monofilamentului		5 puncte/serviciu
q) Peakflowmetrie		5 puncte/serviciu
r) Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia)		3 puncte/serviciu
s) Pansamente, suprimat fire		5 puncte/serviciu
ş) Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor		5puncte/serviciu
t) Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau pentru femeile simptomatice sau care planifică o sarcină		5 puncte/serviciu
ţ) Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienţii cu osteoporoză		3 puncte/serviciu

u) Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase		6 puncte/serviciu
v) Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxaţii		10 puncte/serviciu
x) Spălătură gastrică		10 puncte/serviciu

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%. Pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, conform reglementărilor legale în vigoare.

a.2) În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

b) Numărul total de puncte decontat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână nu poate depăşi pentru activitatea desfăşurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultaţie în cabinet este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3;

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

- maximum 3 consultaţii la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultaţii pe lună.

c) Toate serviciile cuprinse la litera A şi serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.6, 1.2.7, 1.6.2 şi 1.5 pentru consultaţia cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces din anexa nr. 1 la ordin, precum şi consultaţiile prevăzute la litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3.1 şi 1.3 din anexa nr. 1 la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspicionat de medicul de familie şi confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical. Punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice prevăzute în anexa 1, litera B subpunctul 1.4.2., intră în plata pe serviciu medical.

Lunar, odată cu raportarea activităţii lunii anterioare realizate pentru asiguraţi, furnizorii raportează distinct serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cuprinse la litera A din anexa nr. 1 la ordin, pentru care țin evidențe distincte.

ART. 3

(1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate fac demersurile necesare în vederea identificării unui medic înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară/contract în derulare, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic,

consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care preluarea activităţii se face de către medici aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcţie de necesităţi.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, concediul pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani, vacanţă, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate, precum şi la următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, participare la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună/transmită (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici cu contract în derulare, cu condiţia ca medicul înlocuitor să-şi desfăşoare activitatea în aceeaşi localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în funcţie de necesităţi. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate/medicul de familie înlocuit va depune/transmite (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate conform modelului prevăzut în anexa 4 la ordin şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare pe an calendaristic.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract al cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligaţiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Pentru situaţiile în care, pentru perioada de vacanţă, medicul de familie nu încheie convenţie de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

a) consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;

b) consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice;

c) consultaţii pentru afecţiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele de pe lista proprie.

(8) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (7) medicul are obligaţia să afişeze la cabinet, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, care este/sunt medicul/medicii la care persoanele înscrise pe lista proprie se pot prezenta şi datele de contact ale acestora.

(9) Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC confirmaţi, în situaţiile prevăzute la alin. (7), precum şi pentru celelalte perioade de absenţă, medicul de familie îndrumă pacientul către dispensarul TBC teritorial şi anunţă în prealabil dispensarul cu privire la aceste cazuri; în luna respectivă casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciul de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC.

ART. 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire. Pentru situaţiile de reciprocitate între medici, aceştia încheie o convenţie de reciprocitate, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Convenţia de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă/calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5

(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă proprie de persoane înscrise şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată şi prescripţiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajaţi, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajaţi se poate desfăşura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajaţi în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât şi cel al medicului angajat/medicilor angajaţi trebuie să se

încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6

(1) Fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare, are următoarea structură la nivel naţional, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct "per capita" şi a valorii garantate pentru un punct pe serviciu medical:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:

2.1 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

2.2 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%.

3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%.

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1 % din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1-3.

5. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

a) 35 % pentru plata per capita;

b) 65 % pentru plata pe serviciu medical

(2) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu valabile pentru anul 2023, fondul aprobat pentru semestrul II al anului 2023 aferent asistenţei medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1.1 suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban, în baza convenției, formată din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

1.2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 1.1 la care se adaugă un spor de 50%.
2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 1.1 la care se adaugă un spor de 100%.
3. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 şi sumele prevăzute la pct. 1 şi 2, care se repartizează astfel:
a) 35% pentru plata per capita;
b) 65% pentru plata pe serviciu medical.
(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional are următoarea structură:
1.suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;
2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției, formată din:
2.1 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban:
a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;
b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.
2.2 pentru medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 50%.
3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate: se calculează potrivit pct. 2.1 la care se adaugă un spor de 100%.
4. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la pct. 1-3, care se repartizează astfel:
a) 35% pentru plata per capita;
b) 65% pentru plata pe serviciu medical.
ART. 7
(1) Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.
(2) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.
(3) Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical acordat persoanelor neasigurate este aceeaşi cu valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical prevăzută la alin. (2).
ART. 8
(1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată asiguraților se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numărului de puncte pe serviciu medical

diagnostic şi terapeutic, cu valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical .

(2) Suma cuvenită lunar medicilor de familie pentru activitatea dedicată persoanelor neasigurate se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate, inclusiv a numărului de puncte pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

ART. 9

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicului de familie.

Medicul de familie va primi un desfăşurător pentru aceste sume, care va conține detaliile serviciilor pentru care există diferențe băneşti şi pentru care se face regularizarea.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului per capita şi/sau a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a produs eroarea. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleaşi condiţii cu cele din cursul anului curent.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi se comunică în format electronic furnizorilor.

ART. 10

Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, evidențiată distinct pentru asigurați, respectiv persoanele neasigurate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 11

(1) Începând cu anul 2025 se realizează plata în funcție de performanță a medicilor de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate, pentru activitatea realizată în anul anterior, între data de 1 ianuarie sau, după caz, data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate şi data de 31 decembrie, respectiv data încetării contractului cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Plata în funcție de performanță se realizează anual, în trimestrul I al anului următor celui pentru care se măsoară gradul de realizare al indicatorilor de performanță, în limita fondului destinat plății în funcție de performanță.

(3) Medicii de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate care au îndeplinit indicatorii de performanță stabiliți pentru serviciile acordate în anul precedent, primesc o bonificație după cum urmează:

a) Pentru un număr de minim 1.000 persoane pentru care se realizează completarea şi transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea şi transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist pentru copiii ce nu erau în evidența medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 14.000 lei;

b) Pentru un număr între 800 şi 999 persoane pentru care se realizează completarea şi transmiterea în SIUI a riscogramei, realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea şi transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidența medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificație de 9.600 lei;

c) Pentru un număr între 600 şi 799 persoane pentru care se realizează completarea şi transmiterea în SIUI a riscogramei realizată pentru persoanele cu vârsta de peste 40 de ani, înscrise pe lista medicului de familie, respectiv completarea şi transmiterea în SIUI a chestionarului care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, pentru copiii ce nu erau în evidenţa medicului de familie cu această tulburare la 1 ianuarie a anului pentru care se face evaluarea, se acordă o bonificaţie de 6.000 lei.

(4) Valoarea bonusului acordat potrivit alin. (3), se ajustează proporţional astfel încât plata în funcţie de performanţă să se încadreze în fondul destinat acestei plăţi, astfel cum este prevăzut la art. 6.

(5) În situaţia în care rămân sume neconsumate după plata bonificaţiilor către medicii care au îndeplinit indicatorii de performanţă, acestea se pot utiliza potrivit art. 15 alin. (4).

ART. 12

(1) Persoanele asigurate şi neasigurate înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie şi persoanele asigurate şi neasigurate care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie şi care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscrierea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer şi a cardului naţional de asigurări sociale de sănătate (pentru persoanele asigurate). Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conştiinţă refuză cardul naţional sau pentru persoanele cărora li se va emite card naţional duplicat, precum şi pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

(2) Pentru situaţiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă, e-mail, fax, prin persoana care se transferă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală în copie certificată prin semnătură şi parafă că este conform cu originalul, prin poştă, e-mail, fax/prin persoană, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fişei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 13

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 14

În aplicarea art. 19 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat şi prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, ecografiile generale (abdomen şi pelvis) la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat nu poate depăşi 3 investigaţii pe oră, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire în specialitate.

La calculul punctajului serviciilor diagnostice şi terapeutice se au în vedere atât serviciile acordate la nivelul cabinetului, cât şi cele acordate la domiciliu sau la locul solicitării, în cadrul pachetului minimal de servicii şi pachetului de servicii de bază. Pentru un program de lucru la cabinet de 25 de ore pe săptămână, numărul total de puncte decontat pentru consultaţiile, serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate în cabinet sau la domiciliu nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi îi corespunde un număr de 20 de consultaţii în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultaţie = 15 minute);

b) punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice decontate nu poate depăşi 16 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 5 ore în medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate, în medie pe zi este de 20 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru;

c) în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic, pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 20 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 30 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este de 20 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 24 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 24 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 35 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este 24 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 28 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 28 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic la cabinet este de 40 de ore/săptămână, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate este de 28 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru, în condiţiile în care numărul de consultaţii la cabinet efectuate, raportate şi validate în medie pe zi este de 32 de consultaţii, calculate la nivelul unui trimestru; pentru fiecare consultaţie în minus faţă de 32 de consultaţii ce pot fi efectuate, raportate şi validate în medie pe zi, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice creşte cu câte 5,5 puncte;

d) prin excepţie de la prevederile lit. a) - c), în trimestrul IV, numărul de consultaţii şi punctajul aferent serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice ce pot fi decontate în medie pe zi, raportat la programul de lucru al unui medic la cabinet, prevăzute la lit. a) - c), se calculează la nivelul fiecărei luni.

(3) Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice se efectuează în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit, cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi art. 15 alin. (2) din prezenta anexă.

(4) Consultațiile acordate asiguraţilor prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, şi 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate de medicii de familie în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie. Consultațiile realizate şi raportate peste numărul maxim de 40 de consultații/zi, nu se iau în calcul pentru plata activității medicilor de familie din sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului.

(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi alin. (1) ale prezentului articol, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

(6) Prin exceptie, în anul 2023, consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3, şi 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraţilor de medicii de familie în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie. Consultațiile realizate și raportate peste numărul maxim de 40 de consultații/zi, nu se iau în calcul pentru plata activității medicilor de familie din sumele rămase neconsumate în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023.

(7) Prin excepție de la alin. (6), serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 iulie 2023 care depăşesc limitele stabilite prin norme, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (5) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului 2023.

ANEXA 2 A

I. CERERE DE ÎNSCRIERE

- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),
Unitatea sanitară .....
CUI .....
Sediu (localitate, str. nr.) .....
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract/convenţie .....
Medic de familie .....
(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetăţenie _____,
C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

Nr. înregistrare ...../..... VIZAT*),
Unitatea sanitară .....
CUI .....
Sediu (localitate, str. nr.) .....
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract/convenţie .....
Medic de familie .....
(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a), ..., cetăţenie ....., C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data naşterii ....., domiciliat(ă) în ..... str. ..... nr. .., bl. ..., sc. .., ap. .., judeţul/sectorul ....., act de identitate ...., seria ..... nr. ..., eliberat de ..... la data ....., telefon ....., solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie ..... din unitatea sanitară ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., e-mail ....., fax .....

Declar pe propria răspundere:**)

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere. |_|

2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere deoarece:

• a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) |_|

• medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate/contractul medicului de familie a fost suspendat |_|

• a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă) |_|

• mi-am schimbat domiciliul din localitatea ....., judeţul ....., în localitatea ....., judeţul ..... |_|

• a survenit încetarea arestului preventiv |_|

• a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar |_|

• a survenit încetarea pedepsei privative de libertate |_|

• mă aflu în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate |_|

• mă aflu în arest la domiciliu |_|

• situaţie generată de specificul activităţii personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti care se deplasează în |_|

interes de serviciu

• medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/ muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea/întreruperea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: ...../...../ Semnătura: .....

---

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

**) Se bifează una dintre situaţiile în care se află persoana care solicită înscrierea prin transfer.

ANEXA 2 B

A. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU COPII PE GRUPE DE VÂRSTĂ ŞI SEX

Consultaţiile preventive sunt consultaţii periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani şi au ca scop identificarea şi intervenţia în tulburările de creştere şi dezvoltare şi în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă/sex va cuprinde următoarele:

a. Consultaţia preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate şi la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

• înregistrare, luare în evidenţă pentru probleme depistate la naştere;

• examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

• evaluarea alimentaţiei, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă;

• evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări;

• verificarea efectuării în maternitate a vaccinurilor şi screeningurilor neonatale;

• profilaxia rahitismului;

• consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie);

• consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;

• sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă; consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

• măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferinţa craniană - consemnare în graficele de creştere;

• examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo-scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremităţi, morfologie generală, evaluarea hidratării;

• evaluare alimentaţie, observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru alăptare eficientă;

• evaluarea condiţiilor de igienă (sursă apă) şi recomandări;
• profilaxia rahitismului;
• consiliere şi suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare şi consiliere pentru lactaţie);
• consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naţionale şi a vaccinurilor opţionale;
• sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor şi alte situaţii frecvente la această vârstă;
• consiliere şi suport pentru stil de viaţă favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

b. Consultaţia preventivă a sugarului la vârsta de 2 şi 4 luni cuprinde aceleaşi examinări ca la consultaţia de la 1 lună prevăzută la litera a.2, la care se adaugă:
• consemnare lungime şi greutate pe graficele de creştere corespunzătoare şi interpretarea tendinţelor după scorul z (velocitatea creşterii);
• consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;
• screening malformatii cardiovasculare;
• screening displazie dezvoltare a șoldului;
• evaluarea practicilor nutriţionale, întărirea mesajelor privind alăptarea şi îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor şi recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutatea la naştere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.

c. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 şi 18 luni cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca şi consultaţia la 2 şi 4 luni prevăzută la litera b, la care se adaugă:
• evaluare şi consiliere privind alimentaţia complementară (grafic şi tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);
• continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani;
• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutate la naştere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni;
• profilaxia anemiei la toţi copiii cu greutate la naştere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni;
• evaluarea dezvoltării dentiţiei, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
• evaluare socio-emoţională;
• evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică;
• screeningul tulburărilor de auz;
• screeningul tulburărilor de vedere;
• sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile frecvente la aceste vârste;
• la copii de 12, 15 şi 18 luni se vor identifica eventuale deficienţe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs vă priveşte în ochi când vorbiţi cu el?	0	2	1
V-aţi gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în braţe?	0	2	1
Se opune când este luat în braţe de dvs?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbeşte când dvs îi zâmbiţi? - întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Foloseşte cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuţ când este treaz?	2	0	1

Reacţionează întotdeauna când este strigat pe nume?/ Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observaţiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susţine contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, ţopăie, merge pe vârfuri, se învârte în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandări
Scor	0 - 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7 - 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10 - 18	Risc sever	Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/ neuropsihiatrie pediatrică

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menţionată de către părintele/aparţinătorul/tutorele legal al copilului şi completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârşitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor şi bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

În cazul în care copilul evidenţiază un risc mediu sever, medicul explică părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă şi stabilirea terapiei comportamentale şi/sau medicamentoase.

d. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani şi 5 ani şi cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera c, la care se adaugă:

• evaluarea practicilor nutriţionale (anamneză nutriţională adresată părinţilor) şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos al întregii familii;

• continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);

• evaluarea dentiţiei şi igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;

• evaluare şi consiliere pentru activitatea fizică;

• evaluare şi consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoţională;

• screening-ul tulburărilor de vedere şi măsurarea TA (cel puţin o dată în interval);

• sfaturi de conduită date mamelor şi familiei pentru situaţii frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecţiunile obişnuite vârstei, recunoaşterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);

• revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului şi completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;

• identificarea eventualelor deficienţe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform literei c, la vârsta copilului de 2 ani şi 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică.

În cadrul consultaţiilor preventive, copiii beneficiază de investigaţiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. a) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii.

e. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani şi 9 ani, cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera d, la care se adaugă:

• screening-ul obezităţii prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC);

• evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;

• mesaje de consiliere ţintite pentru copii privind stilul de viaţă sănătos (activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, uzul de substanţe);

• examenul de bilanţ fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fişei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată;

• screeningul tulburari de creştere/tulburari de statica vertebrală;

La copii, începând cu vârsta de 6 ani se vor identifica eventuale tulburări de statică vertebrală, prin investigarea deviaţiilor şi dezechilibrelor coloanei, completând următorul chestionar:

1	Nume		
2	Prenume		
3	Vârsta		
4	Sex		
5	Adresa		
		DA	NU
6	Deviaţie coloană în plan frontal		
7	Deviaţie coloană în plan sagital		
8	Dezechilibru humeral		
9	Dezechilibrude bazin		
10	Gibbus		

Medicul de familie investighează toate tulburările de la subpunctele 6-10. În cazul răspunsului cu „DA” la oricare dintre subpuncte, medicul de familie prezintă părintelui/aparţinătorului/tutorelui legal atitudinea terapeutică necesară, respectiv trimiterea pacientului la Ortopedie Pediatrică pentru acordarea unei consultaţii de specialitate

În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. b) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. b) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

f. Consultaţia preventivă a copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani şi 17 ani cuprinde aceleaşi examinări şi înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:

• consiliere şi screening BTS, la cei cu comportament la risc;

• recomandare VDRL sau RPR;

• screening-ul depresiei;

• informarea fetelor şi părinţilor privind beneficiile vaccinării opţionale anti-HPV/indicaţie vaccinare HPV;

• consiliere privind stilul de viaţă sănătos: activitate fizică, nutriţie, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violenţă;

• consiliere pentru planificare familială (adolescenţi care au început viaţa sexuală);

• consiliere ţintită pentru copii privind stilul de viata sănătos (uzul de substanţe);

• depistarea copiilor cu antecedente familiale de depresie, autovătămare deliberată, afecțiuni de sănătate mintală comorbide sau afecțiuni medicale cronice, experiența unui eveniment negativ major (inclusiv hărțuirea) în vederea intervenției precoce cu preîntâmpinarea unor comportamente dăunătoare sănătății.

În cadrul consultaţiilor preventive copiii beneficiază de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, nota 2 lit. c) de la pct. 1.2.1.1, respectiv de la litera B, nota 1 lit. c) şi nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULŢI ASIMPTOMATICI

Consultaţia de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice, are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate afecţiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 şi 39 ani

În cadrul consultaţiilor preventive adulții asimptomatici, cu factori de risc modificabili, beneficiază de trimitere pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. a), b) şi d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B, nota 1 lit. a), b) şi e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, şi nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament şi LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.

Riscograma va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)

Consemnarea statusului curent privind:

• fumatul (pachete/an);

• consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;

• activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

• consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);

• evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului şi gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

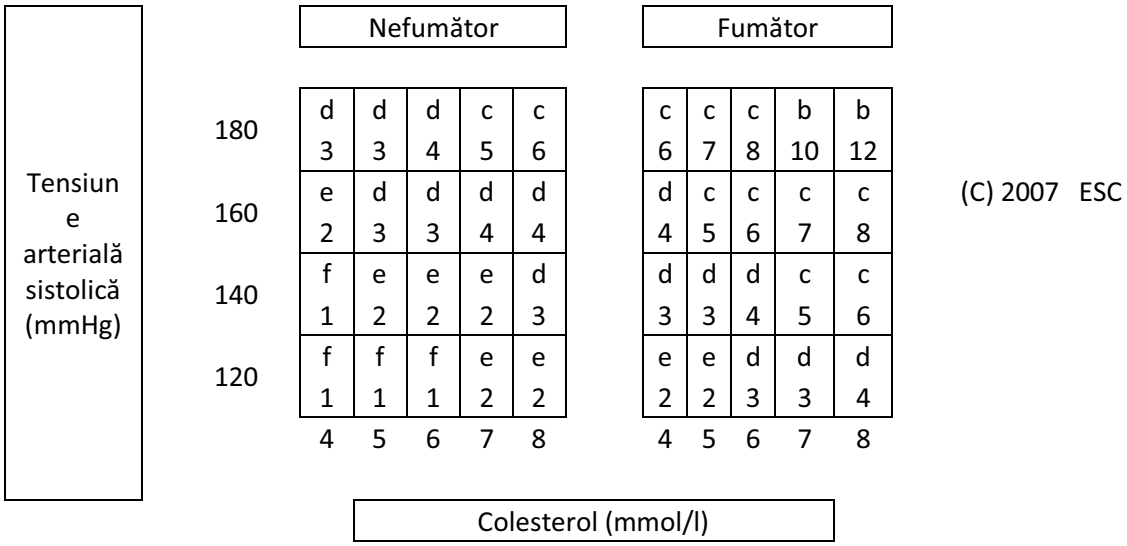
1. Factorii de risc

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• colesterolul seric total, LDL colesterol şi glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.

2. Calcularea şi comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:




```
b - roşu închis
c - roşu
d - portocaliu
e - galben
f - verde
```

NOTĂ: Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulţi asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular inclusiv persoanele cu următoarele afecţiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;
• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă.
2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;
• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.);
• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:
- femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeş-Papanicolau

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:
1. Factorii de risc:
• Istoric:
- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;
- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);
- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);
- de insuficienţă renală acută în antecedente
• Nivel socio-economic scăzut
• Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb
• Obezitate
• Fumat
2. Rezultatul la investigațiile paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară
3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;
• consiliere privind dieta, activitatea fizică şi fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale şi heredocolaterale de adicţie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

e.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

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

Întrebări:

1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?

a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?

a. una sau două - 0 puncte
b. trei sau patru - l punct
c. cinci sau şase - 2 puncte
d. şapte sau nouă - 3 puncte
e. zece sau mai mult - 4 puncte

---

*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml

3. Cât de des beţi 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?
a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. lunar - 2 puncte
d. săptămânal - 3 puncte
e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la bărbaţi şi 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

e**.2.** Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru activităţile obişnuite în ultima lună?	_| DA	_| NU
2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună?	_| DA	_| NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.

3. Intervenţii asupra riscurilor:
- Sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;
- Selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

f. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

f.1. Obiective:
• evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
• planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
• evitarea riscurilor de infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt.

f.2. În riscogramă vor fi consemnate:
• la femei 18 - 39 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie;
• femei şi bărbaţi de toate vârstele: statusul privind situaţia de cuplu (partener stabil, partener nou, relaţii multiple).

f.3. Intervenţie asupra riscurilor:
• femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate şi nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină;
• consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;

• expunerea prelungita la radiatiile solare;

• istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;

• istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;

• mai mult de 50 de aluniţe pe corp;

• mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);

• culoarea deschisa a pielii;

• culoarea deschisa a ochilor;

• părul blond sau roscat.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

B.2. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste

În cadrul consultaţiilor preventive adulții asimptomatici care nu sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice, cu factori de risc modificabili, beneficiază de trimitere pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la litera A, lit. c) și d) de la Nota de la pct. 1.2.3, respectiv de la litera B nota 1 lit. c) și e) – pentru pacienții prevăzuți la Nota 3, şi nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigaţii.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)

• consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);

- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2;

- activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

• consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);

• evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi):

- Persoane >/= 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

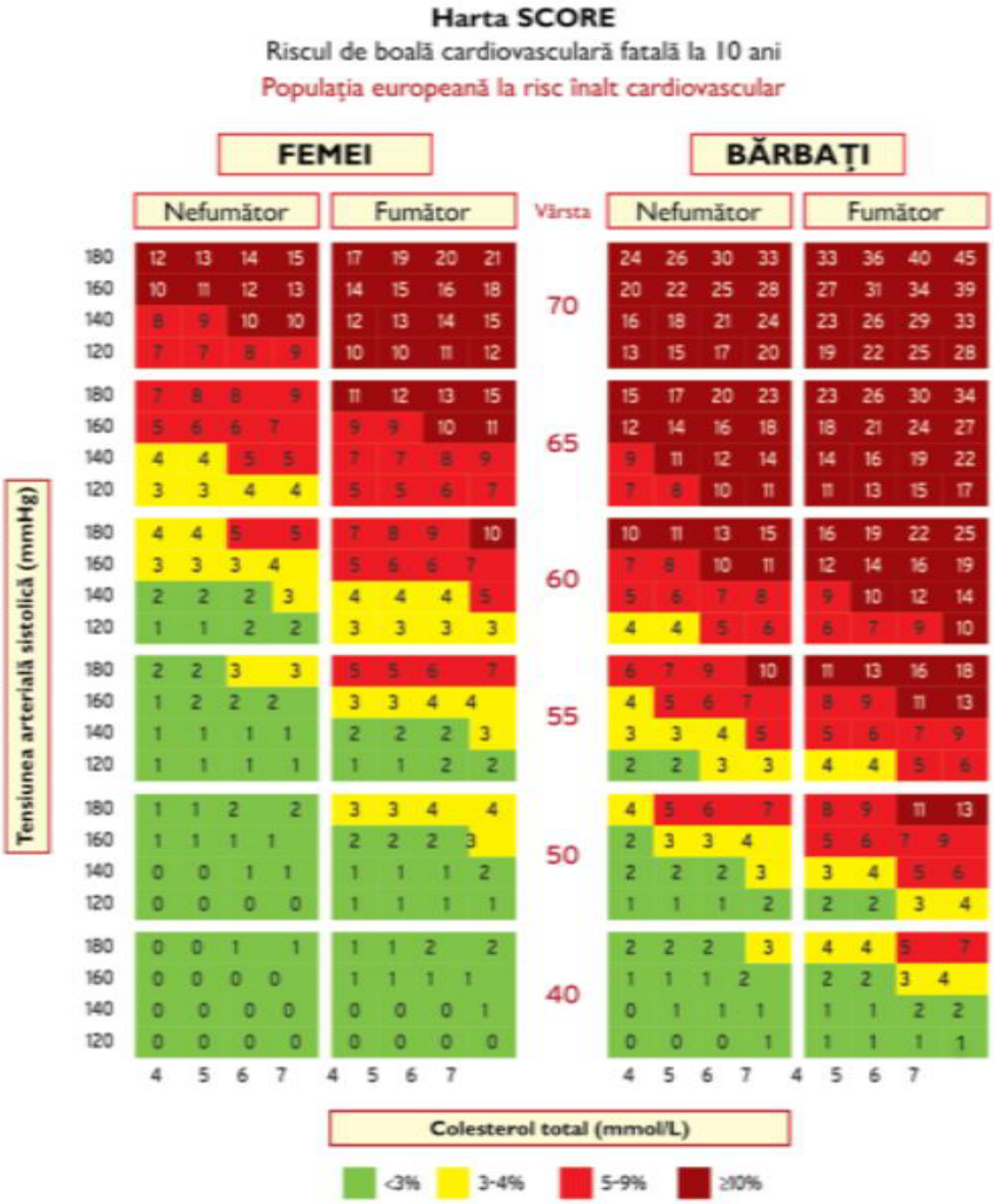
1. Factorii de risc

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• colesterolul total pentru bărbaţii cu vârsta mai mare de 40 ani şi femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;

• glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.



2. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:

• persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:

- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă evaluarea se va realiza anual;

- pentru RCV </= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

• persoanele cu Risc SCORE >/= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultaţii de management de caz).

NOTĂ: Persoanele care sunt în evidența medicului de familie cu boli cronice nu sunt eligibile pentru acordarea serviciilor preventive pentru adulţi asimptomatici. Astfel, sunt exceptate de la evaluarea riscului

cardiovascular inclusiv persoanele cu următoarele afecţiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă;

• antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse în programele naţionale de sănătate;

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);

• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:

- femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeş Papanicolau.

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;
- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);
- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);
- de insuficienţă renală acută în antecedente;

• Nivel socio-economic scăzut;

• Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb;

• Obezitate;

• Fumat.

2. Rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară.

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, activitatea fizică şi fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale şi heredo-colaterale de adicţie (rudele de gradul I prin filiaţie directă);

e.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

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

Întrebări:

1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?
a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?
a. una sau două - 0 puncte
b. trei sau patru - 1 punct
c. cinci sau şase - 2 puncte
d. şapte sau nouă - 3 puncte
e. zece sau mai mult - 4 puncte

---

*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

3. Cât de des beţi 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?
a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. lunar - 2 puncte
d. săptămânal - 3 puncte
e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbaţi şi 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

e.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru activităţile obişnuite în ultima lună?	|_| DA	|_| NU
2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună?	|_| DA	|_| NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.
În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.
Intervenţii asupra riscurilor:
- sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

f. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii
f.1. Obiective:
• evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);

• consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
• evitarea riscurilor de infecţii de boli cu transmitere sexuală la populaţia cu risc înalt.
f.2. În riscogramă vor fi consemnate:
• La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenţia de sarcină, utilizarea unei metode de contracepţie.
f.3. Intervenţie asupra riscurilor:
• Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate şi nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină.

g. Evaluarea Riscului de Melanom Malign
În riscogramă vor fi consemnate:
1. Factorii de risc:
• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
• expunerea prelungita la radiatiile solare;
• istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;
• istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
• mai mult de 50 de aluniţe pe corp;
• mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);
• culoarea deschisa a pielii;
• culoarea deschisa a ochilor;
• părul blond sau roşcat.
2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;
• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

C. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE LA ADULȚII CU VÂRSTA ÎNTRE 40 ȘI 60 DE ANI

Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

Consultaţiile preventive de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani cuprind aceleași evaluări și intervenții care se realizează în cadrul consultaţiilor preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste, reglementate la litera B2, fiind întocmită riscograma corespunzătoare pentru riscurile privind afecțiunile cu care adultul nu este în evidența medicului de familie la data acordării consultației.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, adulții cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de recomandare pentru aceleași investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulții asimptomatici cu vârsta de 40 de ani și peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive, nu a efectuat aceste investigaţii.

La Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi, se vor consemna în Riscogramă, inclusiv următoarii factori de risc:

- afecţiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED,

vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopoietică, mielom multiplu), infecţii sistemice (VHB, VHC, HIV), infecţii urinare complicate, litiază reno-urinară de infecţie, consecutivă obstrucţiei sau metabolic activă (>1 episod pe an), obstrucţii ale tractului urinar (obstrucţie cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivaţii ale tractului urinar);

- situaţii care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potenţial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanţi ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină şi alte derivaţi 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat).

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu boli cronice de cauză cardiovasculară sau care pot genera complicații cardiovasculare sau cu nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie, diabet zaharat, boală cronică de rinichi). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

D. SERVICIILE PREVENTIVE DE DEPISTARE PRECOCE A UNOR AFECȚIUNI CRONICE LA ADULȚII CU VÂRSTA DE PESTE 60 DE ANI

Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecțiuni cronice la adulții care sunt înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe afecțiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, afecțiuni oncologice, boală cronică de rinichi, afecțiuni hepatice, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecțiuni.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcţie de vârstă/sex se realizează prin consultaţie şi/investigaţii specifice consemnate în riscogramă.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecțiuni la adulții cu vârsta de peste 60 de ani, aceştia beneficiază de recomandare pentru investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 2 de la pct. 1.2.7, literele A şi B din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecțiuni, nu a efectuat aceste investigaţii.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă)

• consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul C1 subpunctul d.1.2;
- activitatea fizică;

• dieta - evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos; evaluarea obezității prin calcularea indexului de masă corporală (IMC);

• consiliere privind consumul de substanțe interzise sau cu regim special (psihoactive, hormoni anabolizanți, etc);

• evaluarea sănătății orale, în special la persoane adulte aparținând grupurilor socioeconomice inferioare cu dificultăți de acces la îngrijirea dentară, populație rurală, persoanele cu flux de salivă redus (ex. radioterapia capului și gâtului, Sindromul Sjögren, medicamente multiple inclusiv psihotrope), fumători, consumatori în exces de alcool;

• evaluarea nevoilor psiho-sociale;

• sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

• calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;

• încadrarea pacienţilor într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;

• aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viaţă, individualizat, în funcţie de mărimea riscului stabilit;

• includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienţilor cu risc cardiovascular înalt (SCORE >/= 5 sau factori individuali crescuţi):

- Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani.

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

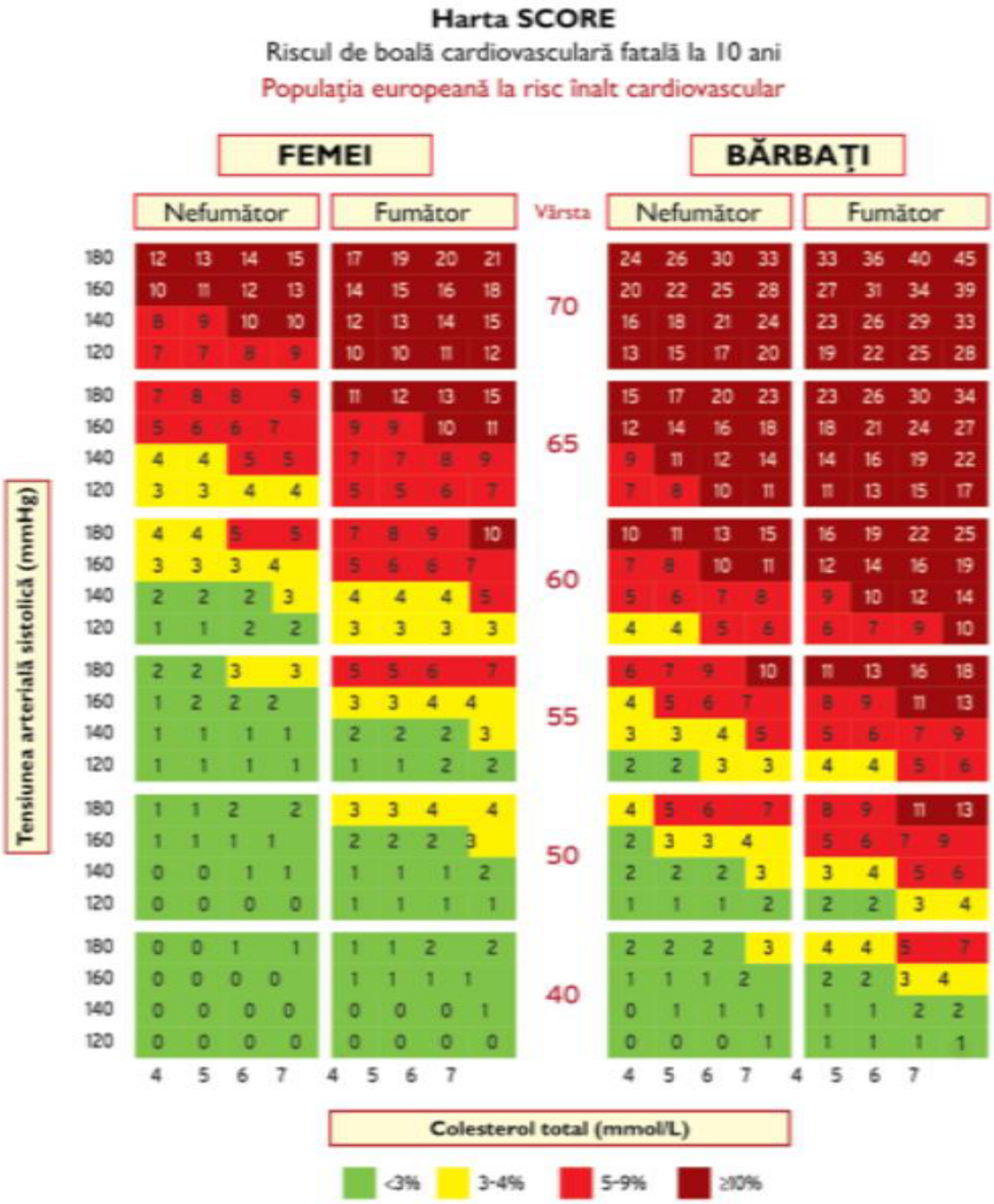
1. Factorii de risc

• la toţi pacienţii: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbaţi, < 65 ani la femei) şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• colesterolul total - repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;

• glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;

• creatinina serică cu determinarea RFGe - toate persoanele cu TA > 140/90.



2. Intervenţii asupra riscurilor modificabile:

• persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:

- pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% şi mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viaţă evaluarea se va realiza anual;

- pentru RCV </= 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

• persoanele cu Risc SCORE >/= 5% sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultaţii de management de caz).

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu boli cronice de cauză cardiovasculară sau care pot genera complicaţii cardiovasculare sau cu nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie, diabet zaharat, boală cronică de rinichi). Aceste

persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară şi necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultaţiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedentele personale şi heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiaţie directă;

• expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viaţă;

• antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerele incluse în programele naţionale de sănătate;

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• includerea persoanelor eligibile pentru intervenţii de screening populaţional în programele naţionale de sănătate adecvate;

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);

• intervenţii preventive scadente la populaţia cu risc normal:

- femei – recomandare pentru senologie imagistică; femei 60 - 64 ani - data ultimului test Babeş Papanicolau.

d. Evaluarea Riscului de Boală Cronică de Rinichi

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- Istoric:

- familial (rude gradul I) de nefropatii, insuficienţă renală, dializă sau transplant renal;
- de greutate mică la naştere (sub 2,5kg);
- de reducere a masei rinichilor (nefrectomie, rinichi unic);

- de insuficienţă renală acută în antecedente;
- Nivel socio-economic scăzut;
- Vârstă>65 ani;
- Expunere la solvenţi organici, benzină şi derivaţi, siliciu, plumb;
- Obezitate;
- Fumat;
- afecţiuni: diabet zaharat, sindrom dismetabolic, hipertensiune arterială, dislipidemii, boală aterosclerotică (coronariană, cerebrală sau periferică), boli sistemice care pot afecta rinichiul (LED, vasculite, poliartrită reumatoidă, spondilită ankilopoietică, mielom multiplu), infecţii sistemice (VHB, VHC, HIV), infecţii urinare complicate, litiază reno-urinară de infecţie, consecutivă obstrucţiei sau metabolic activă (>1 episod pe an), obstrucţii ale tractului urinar (obstrucţie cunoscută sau suspectată a colului vezical, inclusiv prin adenom al prostatei, vezică neurologică, derivaţii ale tractului urinar);
- situaţii care necesită tratamente de lungă durată cu medicamente potenţial nefrotoxice: inhibitori de enzimă de conversie ai angiotensinei (IECA), blocanţi ai receptorilor angiotensinei (BRA); antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); carbonat de litiu; mesalazină şi alte derivaţi 5-aminosalicilici, inhibitori de calcineurină (ciclosporină, tacrolimus, antineoplazice (cis-platin, metotrexat).

2. Rezultatul la investigațiile paraclinice recomandate: creatinina serică cu determinarea RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară.
3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:
• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;
• consiliere privind dieta, activitatea fizică şi fumat.

e. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

e.1. Factorii de risc:

e.1.1. antecedente personale şi heredo-colaterale de adicţie (rudele de gradul I prin filiaţie directă);

e.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Persoane cu risc înalt: persoane cu antecedente de depresie, istoric familial de depresie, alte tulburări psihice, inclusiv abuzul de substanțe, afecțiuni medicale cronice, șomajul, status socioeconomic scăzut, toți membrii familiei care au a suferit violență în familie, LGBT.

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

Întrebări:

1. Cât de des consumaţi o băutură conţinând alcool?
a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumaţi într-o zi obişnuită, atunci când beţi?
a. una sau două - 0 puncte
b. trei sau patru - 1 punct
c. cinci sau şase - 2 puncte
d. şapte sau nouă - 3 puncte
e. zece sau mai mult - 4 puncte

---

*) o băutură standard conţine 12 g alcool pur şi este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

3. Cât de des beţi 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?
a. niciodată - 0 puncte
b. lunar sau mai rar - l punct
c. lunar - 2 puncte
d. săptămânal - 3 puncte
e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbaţi şi 3 la femei prin punctajul cumulat la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

e.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-aţi pierdut interesul sau plăcerea pentru activităţile obişnuite în ultima lună?	_| DA	_| NU
2. V-aţi simţit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună?	_| DA	_| NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie şi impune trimiterea la consultaţii de specialitate de psihiatrie.

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool şi riscul de depresie.

Intervenţii asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce priveşte consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile şi trimitere pentru consiliere şi consultaţii de specialitate.

f. Evaluarea Riscului de Melanom Malign

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• antecedente heredocolaterale pozitive de melanom malign;
- expunerea prelungita la radiatiile solare;
- istoric de arsuri solare, mai ales în perioada copilariei;
- istoric personal de melanom sau de tumoră cutanată;
- mai mult de 50 de aluniţe pe corp;
- mulţi pistrui (extinşi) la nivelul porţiunii superioare a spatelui, prezența a >5 nevi atipici (displazici);
- culoarea deschisa a pielii;
- culoarea deschisa a ochilor;
- părul blond sau roscat.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;
• consiliere privind expunerea la soare sau UV în saloanele de bronzat.

g. Evaluarea Riscului de Osteoporoză

Obiectivul evaluării este reducerea riscului de fractură asociată osteoporozei.

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• sexul feminim;
- istoricul familial de osteoporoză;
- greutate corporală scăzută;
- fractură vertebrală clinică sau morfometrică anterioară, fractură anterioară datorată unui traumatism minim;
- terapia cu glucocorticoizi pe termen lung;
- artrita reumatoidă;
- hipogonadism primar/secundar la bărbați;
- densitate osoasă minerală scăzută;
- deficiență de vitamina D, aport scăzut de calciu, hipercifoză, fumat curent, consum de alcool,;
- cădere și imobilizare.

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;
• consiliere privind nutriția, cu aport corect proteic, aportul de calciu, vitamina D, consumul de alcool, fumatul, exerciții fizice, aportul de calciu, evitarea căderilor;

3. Rezultatul la DXA

– pentru femeile cu vârsta de 65 de ai sau peste, respectiv la toate femeile în postmenopauză cu antecedente de fracturi de fragilitate, ostopenie, în caz de începere sau administrare a tratamentelor sistemice pe termen lung cu glucocorticoizi, alți factori de risc pentru osteoporoză.

- Pentru bărbați cu vârsta peste 70 de ani.

h. Evaluarea Riscului de Incontinență Urinară

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

• sexul feminim, naşterea pe cale vaginală;

- obezitatea;
- fumatul;
- hipertrofie prostatică la bărbați;

2. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, antrenarea vezicii urinare, a musculaturii vezicii urinare, reducerea consumului de alcool, cafeină şi alimente acide.

i. Evaluarea Riscului de Demență

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Afecțiuni ce produc demența: boala Alzheimer, boala Parkinson, anumite tumori sau infecții cerebrale, accidentele vasculare cerebrale, leziunile cerebrale ce determină moartea neuronilor, degenerarea lobilor frontali şi temporali ai creierului, boala Creutzfeldt – Jakob, tulburările cerebrale structurale: hidrocefalie cu presiune normală şi hematom subdural, tulburările metabolismului: hipotiroidism, deficiență de vitamina B12, afecțiuni renale şi hepatice, toxinele (precum plumbul) la nivelul sistemului nervos, afecțiuni cardiovasculare şi cerebrovasculare;

2. Factorii de risc:

- vârsta;
- istoric familial de demență;
- sindrom Down – risc de boală Alzheimer cu debut precoce;
- colesterol ridicat;
- diabet zaharat;
- insuficiență cognitivă;
- fumat;
- consum de alcool;
- dietă bogată în grăsimi;
- viață socială izolată.

3. Intervenţie asupra riscurilor modificabile:

• trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare şi monitorizare de specialitate;

• consiliere privind dieta, fumatul, activitate fizică ușoară, reducerea consumului de alcool, cafeină şi alimente acide, exerciții de stimulare cognitivă, odihna suficientă.

NOTA 1: în cadrul consultaţiei preventive conform celor de mai sus, acordate persoanelor asigurate, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialităţile clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţii medicale pentru profilaxia anemiei la gravide şi a rahitismului şi anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală, documente utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA 2: În cazul în care medicul de familie apreciază necesar a recomanda investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare, a recomanda neasiguratului consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale neasiguratului, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripție utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA 3: Medicul de familie va efectua consultațiile preventive conform prezentei anexe până la avizarea de către Ministerul Sănătății a ghidurilor de prevenție utilizate în asistența medicală primară, publicate pe site-ul Institutului Național de Sănătate Publică la adresa https://insp.gov.ro/download/cnepss/metodologii_ghirduri_recomandrari_si_evidente_stintifice/ghiduri_si_recomandari/Ghid-Volumul-4-web.pdf. Prezenta Anexa va fi înlocuită cu modele de fișe de consultații preventive, distinct pe fiecare tip de consultație preventivă acordată de medicul de familie, urmând ca fișele completate cu ocazia acordării consultațiilor să se raporteze în format electronic casei de asigurări de sănătate, odată cu activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale.

ANEXA 2 C

Casa de asigurări de sănătate
.....

Furnizorul de servicii medicale ..... Localitate ..... Judeţ	Reprezentantul legal al furnizorului ..... Medic de familie/ ..... (nume, prenume) CNP medic de familie/ ..... Cod parafă .....

NOTIFICARE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că:

În perioada: de la |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| până la |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (..... zile lucrătoare), medicul de familie ....., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., va fi în vacanţă,

acordarea serviciilor medicale pentru asiguraţii înscrişi pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie ..... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....;
- medicul de familie ..... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....;

- medicul de familie ..... care îşi desfăşoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară ..... având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor.

Data	Reprezentant legal
.....	nume şi prenume .....
	semnătura .....

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel/fax ..... adresă de e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară ....., organizat astfel:

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....,
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ..... reprezentat prin .....

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..... CUI....., str. ..... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ...., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European, şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ....., având un număr de ..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2. ....., având un număr de ..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3. ....., având un număr de ..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie a anului pentru care s-a încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent

această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora**;**

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

g) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum şi numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate la nivel naţional, se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relaţii contractuale;

l) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie fac dovada capacităţii tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz;

m) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

n) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

p) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural şi urban, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă localitate şi să o actualizeze permanent.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006, cu modificările ulterioare, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care

acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările şi completările ulterioare;

h) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care

necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

r) să respecte dreptul persoanei asigurate de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi să recomande investigaţii paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către alţi medici care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023 şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ş) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

t) să întocmească bilet de trimitere către specialităţi clinice şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ţ) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

v) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătat

y) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecţiuni cronice şi vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activităţii, modificările ulterioare privind mişcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 8

(1) În relaţiile 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 însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată per capita şi pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9

Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023.

1.2. Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 14 alin. (5) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023: DA/NU .....

1.3.1 Medic nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale, convenţie încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ..... până la .....

1.3.2 Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (2) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale, convenţie încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ..... până la .....

1.3.3. Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 17 alin. (3) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%*):

b) cu gradul profesional:

- medic primar .....%;

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

---

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară din unităţi administrativ-teritoriale din mediul rural şi din mediul urban pentru oraşele cu un număr de sub 10.000 de locuitori cu teritoriul aflat integral în Rezervaţia Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../2023; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

1.6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200 şi numărul de puncte "per capita"/an depăşeşte 22.000 puncte puncte, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, care au cel puţin un medic angajat cu normă întreagă şi pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 22.000, dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 25%;

- pentru medicii de familie care au înscrişi pe lista proprie peste 2.200 asiguraţi şi un număr de puncte/an ce depăşeşte 30.000, numărul de puncte ce depăşeşte acest nivel se diminuează cu 50%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

2.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

2.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023. Pentru serviciile diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

3. Plată pentru performanță, pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță prevăzuți la art. 11 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

Plata pentru performanță se acordă începând cu anul 2025 pentru medicii de familie care au îndeplinit indicatorii de performanță măsurați pentru activitatea realizată în anul precedent.

4. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
Medic de familie angajat*) .....
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....

b) Medic de familie
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....

c) .....

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate

între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la valoarea garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 13

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract şi/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) şi z), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii

paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 lit. s), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente 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 garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i) şi o) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. v), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(6) Sancţiunile prevătute la alin. (1) -(5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data

primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; 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 situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale şi suma corespunzătoare plăţii per capita.

ART. 16

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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) 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, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asiguraţi conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21

Valoarea garantată a unui punct per capita, a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic sunt calculate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu sunt elemente de negociere între părţi.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE — FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Director general, ...

Reprezentant legal, ...

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ACT ADIŢIONAL
- pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen şi pelvis).
Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 4

- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....)

între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:

Dr. .....,
(numele şi prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., CUI……, str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ...., judeţ/sector ....., telefon: fix, mobil, ... adresa de email ..... fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal .....

Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)
şi

Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)
Codul de parafă .....
Codul numeric personal .....
cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei:

1. Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contractul nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....
2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.

III. Motivele absenţei

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....
2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic .....
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....
5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an .....
6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.
7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.
8. concediu de sarcină/lăuzie.

IV. Locul de desfăşurare a activităţii

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) - .....

V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita", pe serviciu medical şi pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic pentru perioada de absenţă se virează de Casa de Asigurări de Sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ....., acesta obligându-se să achite medicului ..... înlocuitor ..... lei/lună.

2. Termenul de plată .....

3. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,	Medicul înlocuitor
.....	.....
(nume şi prenume)	(nume şi prenume)

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă în limita a două luni/an.

Vizat,
Casa de Asigurări de Sănătate _____

CONVENŢIE DE RECIPROCITATE*)

încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

I. Părţile convenţiei de reciprocitate:

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ judeţul/sectorul _____, telefon: _____ adresa de e-mail _____, având contractul nr. _____ de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____, în calitate de medic înlocuit.

şi

Dr. _____, cu CNP _____, reprezentant legal al cabinetului medical _____, C.U.I. _____, cu sediul în localitatea _____, adresa cabinetului medical _____ judeţul/sectorul _____, telefon: _____ adresa de e-mail _____, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate _____, nr. _____, în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul convenţiei:

Preluarea activităţii medicale în perioada _____, pentru un nr. de _____ zile lucrătoare.

III. Motivele absenţei:

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....

2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic .....
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....
5. participări la manifestări organizate pentru obţinerea de credite de educaţie medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an .....
6. citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective.
7. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfăşurare a activităţii:
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical _____, adresa cabinetului _____, medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru după necesităţi.

V. Obligaţiile medicului înlocuitor:
În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii şi formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, _____, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Medic înlocuit,	Medic înlocuitor,
.....	.....
(nume şi prenume)	(nume şi prenume)

Precizări:
*) Convenţia de reciprocitate se încheie pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare.
Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare, pe an calendaristic.
Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puţin o zi lucrătoare anterior perioadei de absenţă, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea.

ANEXA 5
- model -

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între casa de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon: fix, mobil ..... adresa e-mail ..... fax ....., reprezentată prin Director general .....

pentru

Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)
din cabinetul medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., CUI……, str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., adresa e-mail ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ....., al cărui reprezentant legal este:

.....,
(numele şi prenumele)
având codul numeric personal nr. .....
şi

Medicul înlocuitor .....
(numele şi prenumele)
Codul de parafă .....
Codul numeric personal .....
Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. ..... sau contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr. .....

II. Obiectul convenţiei
Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contract nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....

III. Motivele absenţei:
1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an .....
2. concediu de sarcină sau lehuzie .....
3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....
5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....
6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....
7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani
8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecţiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfăşurare a activităţii
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....
Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea.**)

V. Obligaţiile medicului înlocuitor
Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita", pe serviciu medical şi pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca ...../Trezoreria statului.

2. Pentru punctajul "per capita" şi punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.

3. Termenul de plată .....

4. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Director general, ...	Medicul înlocuitor, ...
Director executiv al Direcţiei economice	De acord, Reprezentant legal al cabinetului medical***) .....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

**) Pentru situaţia în care preluarea activităţii s-a făcut de către un medic aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungeşte corespunzător, în funcţie de necesităţi.

***) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

- model -

CONVENŢIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ..... adresă de e-mail ....., reprezentată prin director general .....;

Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin ....., având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..... CUI....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., adresă de e-mail .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1

Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ....., având un număr de ..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

2. ....., având un număr de ..... persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie;

3. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de ..... persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari

ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenţiei

ART. 3

(1) Prezenta convenţie este valabilă o perioadă de maximum 6 luni de la data încheierii.

(2) Prin excepție, pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă localitate unitate administrativ-teritorială, durata de valabilitate a convenției cu casa de asigurări de sănătate se prelungește în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate este mai mic decât venitul calculat conform convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în convenţie, pe baza facturii însoţită de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de încheiere a convenţiilor a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) - funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum şi numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate la nivel naţional, se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală (convenţie), precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală (convenţie) cu casa de asigurări de sănătate;

m) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale (convenţie) formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate și să o actualizeze permanent.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze persoanele asigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în convenţie şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil);

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în convenţie;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform convenţiei de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei încheită cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenţiei încheiată cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

g) să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…./…./2023; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările şi completările ulterioare;

h) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, şi a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în convenţie;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul convenţiei încheiate cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

q) să înscrie copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE)

nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare ; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază, în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

r) să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele asigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi să recomande investigaţii paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către alţi medici care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi 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 ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023 şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ş) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

t) să întocmească bilet de trimitere pentru specialităţi clinice şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate,

pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

ţ) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

v) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

w) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

x) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

y) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 6

(1) În relaţiile 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 însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată per capita şi pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023.

VII. Modalităţi de plată

ART. 7

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

Medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban beneficiază lunar pentru o perioadă de maximum 6 luni de un venit format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi este de 6.500 puncte/an şi se ajustează în raport de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulţirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

(2) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) şi b), majorat cu 50%.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, la momentul contractării, beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sume stabilite potrivirt alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 100%, cu respectarea condițiilor art. 14 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban

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

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b)..... lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ....., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

b) ……

c) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural

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

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b) ..... lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) şi b), se majorează cu 50%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ....., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

d) .....

e) Medic de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială .

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

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit conform alin. (1) lit. b ..... lei

Venitul aferent medicului de familie nou-venit format din sumele stabilite conform alin. (1) lit. a) şi b), se majorează cu 100%.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ....., pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

f)……

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 8

Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenţii trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 9

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 10

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a convenţiei

ART.11

(1) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în convenţie se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art.17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program;

(2) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) şi z), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 5 lit s), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. i), şi o) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit art. 17 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 5 lit. v), constatată pe parcursul derulării convenţiei, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei de la art. 5 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line.

În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală/convenţie cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiată convenţie cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în convenţie.

(6) Sancţiunile prevătute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării convenţiei se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la

cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 12

(1) Convenţia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în convenţie cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenţie a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenţiei pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicile medicale.

ART. 13

Convenţia 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 situaţii:

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

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiilor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost effectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenţia 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, convenţia se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 11 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 14

(1) Convenţia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 doreşte încetarea convenţiei, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenţiei în condiţiile art. 12 alin. (1) lit. a) - cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin convenţia încheiată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării convenţiei.

(3) În cazul în care convenţia dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenţie a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nicio altă convenţie de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării convenţiei.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noua convenţie se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia convenţii cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în convenţiile de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea convenţiei.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în convenţie, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 15

Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

XII. Corespondenţa

ART. 16

Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în convenţie.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea convenţiei

ART. 17

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 18

Dacă o clauză a acestei convenţii ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenţiei nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului convenţiei.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 19

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentei convenţii vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezenta convenţie de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al
Direcţiei economice
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ACT ADIŢIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice: ecografii generale (abdomen şi pelvis)

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 6A
- model -

ACT ADIȚIONAL la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, având ca obiect furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru persoanele neasigurate

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel/fax ..... adresă de e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară ....., organizat astfel:

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....,

- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ..... reprezentat prin .....
având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..... CUI....., str. ..... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ...., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul actului adițional

ART. 1

Obiectul prezentului act adițional îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, persoanelor neasigurate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate persoanelor neasigurate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele neasigurate care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, precum şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, de către următorii medici de familie:

1. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

2. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie, un număr de ..... persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

3. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata actului adițional

ART. 4

Prezentul act adițional este valabil de la data încheierii, pe toată durata de valabilitate a contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

ART. 5

Durata prezentului act adiţional se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie acte adiționale numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521 /2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în funcţie de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, şi data de intrare în vigoare a Contractului-cadru şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum şi a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care persoanele neasigurate nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora; numărul total de puncte pe serviciu realizate la nivel naţional, aferente serviciilor acordate persoanelor neasigurate se publica pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane neasigurate înscrise, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relaţii contractuale;

k) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetul mimimal de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

m) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului, anual, lista persoanelor neasigurate înscrise pe listă, şi lunar, în vederea actualizării listelor proprii;

n) să publice pe site-ul propriu lista unităţilor administrativ-teritoriale din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă localitate şi să o actualizeze permanent.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele neasigurate a medicului şi a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023, program asumat prin relaţia contractuală încheiată cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional;

c) să informeze persoanele neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil)

2. pachetul minimal de servicii cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată a punctului pe serviciu; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform actelor adiţionale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze distinct în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS);

e) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii actului adiţional, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării relaţiei contractuale; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în actul adiţional;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară ce face obiectul relaţiei contractuale încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

h) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile

în care în respectivele documente internaţionale este prevăzută acordarea pachetului minimal de servicii medicale;

i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

j) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

k) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul minimal de servicii ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi pentru documentele eliberate ca urmare a acordării acestor servicii;

l) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise neasigurate ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lunar lista proprie în funcţie de informaţiile preluate din SIUI;

m) să înscrie copiii asiguraţi în altă ţară, care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia; să înscrie pe lista proprie gravidele şi lăuzele neasigurate neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora, dacă nu există o altă opţiune; să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul minimal în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale;

n) să respecte dreptul persoanei neasigurate, de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum şi în condiţiile reglementate la art. 12 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, prin punerea la dispoziţia medicului la care persoanele neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

o) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

p) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul minimal furnizate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

q) să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

r) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor neasiguraţi cu afecţiuni cronice şi vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activităţii, modificările ulterioare privind mişcarea lunară a acestora.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 8

(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în actul adiţional, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la actele adiţionale încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente relaţiei contractuale încheiate cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele neasigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9

Modalitatea de plată în asistenţa medicală primară pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate este plata prin tarif pe serviciu medical.

1. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023:

1.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 1 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023.

1.2. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

1.3. Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023. Plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023. Pentru serviciile diagnostice şi terapeutice nu se aplică ajustarea numărului de puncte în funcţie de gradul profesional al medicului.

2. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat actul adiţional:

a) Medic de familie

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

Cod numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Programul de lucru .....

Medic de familie angajat*) .....

Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....
b) Medic de familie
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
Gradul profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Programul de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical/soră medicală/moaşă
Numele ....., prenumele .....
Cod numeric personal .....
2. .....
c) .....

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit relațiilor contractuale încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor erorilor de calcul constatate.

VIII. Calitatea serviciilor

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului act adiţional trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

X. Clauză specială

ART. 13

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării act adiţional şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului act adiţional se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea actului adiţional.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a actului adiţional

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea actului adiţional se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în actul adiţional şi/sau nerespectarea art. 14 alin. (6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absenţă a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea actului adiţional se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e), g) - j), l)-o), q) şi r), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

(3) În cazul în care în derularea relaţiei contractuale se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform convenţiei în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea

contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. f) şi k) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, corespunzătoare serviciilor ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Sancţiunile prevătute la alin. (1) - (4) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării actului adițional se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) şi (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) şi (6) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 15

(1) Actul adițional se suspendă odată cu suspendarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract/convenție cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenţie a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului/convenţiei pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 16

Actul adițional se reziliază de plin drept odată cu rezilierea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, 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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform actelor adiţionale încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele ce se suportă de la bugetul de stat prin bugetul aprobat Ministerului Sănătăţii sub formă de transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform actului adițional în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) 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, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

ART. 17

(1) Actul adiţional încetează odată cu încetarea contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului/convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului/convenției în condiţiile art. 15 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la contractului nu a înscris numărul minim de asiguraţi conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării relației contractuale.

(3) În cazul în care relația contractuală dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contractul/convenţia încheiat/încheiată a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul/convenţia încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciuno altă relaţie contractuală de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului/convenţiei.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract/convenţie se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia relații contractuale cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în

contractele/convenţiile de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului/convenţiei.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract/convenţie, prevederile alin. (2) - (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

ART. 18

Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) - subpct. a1) şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea relației contractuale.

XII. Corespondenţa

ART. 19

Corespondenţa legată de derularea prezentului act adițional se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în act adițional.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul act adițional să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea actului adițional

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului act adițional, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21

Valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic sunt calculate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu sunt elemente de negociere între părţi.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui act adițional ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale actului adițional nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului actului adițional.

ART. 23

Prezentul act adițional se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la inițiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părţi şi este anexă la contract.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentulu act adițional vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

Prezentul act adițional la contractul de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Reprezentant legal,
.....…

ANEXA 6B
- MODEL -

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....
punct de lucru .....
.....

Lista bolnavilor cu afecțiuni cronice aflați în evidența medicului de familie .....

I. Lista bolnavilor asigurați cu afecțiuni cronice, la data de …….				
Nr. crt.	**Nume și prenume**	**CNP/număr unic de identificare**	**Categorie de afecțiuni**	**Cod afecțiune, conform clasificării internaționale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)**
A.			Afecțiuni cardiovasculare	
1.				...
2.				...
3.				...
...				....
B.			Afecțiuni cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
….				...
C.			Afecțiuni oncologice	
1.				...
2.				...
…				...
D.			Diabet zaharat	
1.				...
2.				...
…				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
…				...
F.			BPOC	
1.				...
2.				....

…				...
G.			Astm bronşic	
1.				…
2.				…
…				…
H			Boală cronică de rinichi	
1.				…
2.				…
…				…
I.			Osteoporoza	
1.				…
2.				…
…				…
J.			Tulburări mentale şi de comportament (cu excepţia celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)	
1.				....
2.				....
…				....
K.			Tulburări ale dispoziţiei	
1.				....
2.				....
…				…
L.			Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale	
1.				…
2.				…
…				…
M.			Demenţe	
1.				...
2.				...
…				...
N.			Tulburări metabolice (cu excepţia diabetului şi dislipidemiei)	
1.				...
2.				...
…				...
O.			Tulburări din spectrul autist	
1.				...
2.				...
…				...
P.			Obezitate	
1.				...
2.				
…				...
Q.			Afecţiuni hepatice cronice	
1.				...
2.				…
…				...

II. Lista bolnavilor neasiguraţi cu afecţiuni cronice, la data de …….

Nr. crt.	**Nume şi prenume**	**CNP/număr unic de identificare**	**Categorie de afecţiuni**	**Cod afecţiune, conform clasificării internaţionale a maladiilor, CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală*1)**
A.			Afecţiuni cardiovasculare	
1.				...
2.				...
3.				...
...				....
B.			Afecţiuni cerebrovasculare	
1.				...
2.				...
….				...
C.			Afecţiuni oncologice	
1.				...
2.				...

…				...
D.			Diabet zaharat	
1.				...
2.				...
…				...
E.			Dislipidemie	
1.				...
2.				...
…				...
F.			BPOC	
1.				...
2.				....
…				...
G.			Astm bronşic	
1.				…
2.				…
…				…
H			Boală cronică de rinichi	
1.				…
2.				…
…				…
I.			Osteoporoza	
1.				…
2.				…
…				…
J.			Tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale)	
1.				....
2.				....
…				....
K.			Tulburări ale dispoziției	
1.				....
2.				....
…				…
L.			Probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale	
1.				…
2.				…
…				…
M.			Demențe	
1.				...
2.				...
…				...
N.			Tulburări metabolice (cu excepția diabetului şi dislipidemiei)	
1.				...
2.				...
…				...
O.			Tulburări din spectrul autist	
1.				...
2.				...
…				...
P.			Obezitate	
1.				...
2.				
…				...
Q.			Afecțiuni hepatice cronice	
1.				...
2.				…
…				...

*1) Se va identifica asiguratul/neasiguratul cu fiecare afecțiune cronică cu care este în evidența medicului de familie identificată prin codul CIM, un asigurat/neasigurat putându-se regăsi nominalizat cu mai multe afecțiuni.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

ANEXA 7

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală

1.2. Supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic

1.3. Consultaţii pentru supravegherea evoluţiei sarcinii şi lăuziei

1.1. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate.

Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potenţial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.

1.2.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultaţii pentru supravegherea evoluţiei sarcinii şi lăuziei - o consultaţie pentru fiecare trimestru de sarcină şi o consultaţie în primul trimestru de la naştere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice, cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală,

1.2. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute, precum şi acutizări ale bolilor cronice

1.3. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni cronice

1.4. Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic

1.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială

1.6. Consultaţii de îngrijiri paliative

1.7. Servicii diagnostice şi terapeutice

1.8. Servicii de sănătate conexe actului medical

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii şi lăuziei

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi şi se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic.

1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au acordat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepţia copiilor 0 - 18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultaţii.

Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgenţă la medicii din specialităţile clinice, aceştia pot elibera prescripţii medicale pentru o perioadă de 3 zile.

Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute precum şi acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice, teste şi scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialităţi şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz;

h) bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, după caz;

i) eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.2.1. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultaţii pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultaţii, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialităţile clinice.

1.2.2. Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare consultaţiile pentru afecţiunile stabilite în anexa nr. 13 din prezentul ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua şi a treia consultaţie în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultaţii pentru:

a. urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării

b. efectuarea unor manevre terapeutice

c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică

d. recomandări pentru investigaţii paraclinice considerate necesare, după caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situaţiile prevăzute la punctul 1.2.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.2.5. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare şi se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultaţiilor la cabinet pentru afecţiunile acute, fiind exceptate de la obligaţia prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic şi medicii cu competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi în fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.3. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni cronice, cuprind:

a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile

efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b. unele manevre specifice, teste şi scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c. stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

d. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e. recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;

f. evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.

g. bilet de trimitere către alte specialităţi, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/bilet de internare, după caz.

h. eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei asiguraţilor cu afecţiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiaşi specialităţi, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultaţii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultaţii pe lună.

1.3.2. Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare consultaţiile pentru afecţiunile stabilite în anexa nr. 13 la prezentul ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia şi a patra consultaţie în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultaţii pentru:

a. urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării

b. efectuarea unor manevre terapeutice

c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică

d. recomandări pentru investigaţii paraclinice considerate necesare, după caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situaţiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asiguraţii care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultaţie management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi sau diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultaţie şi efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialităţile clinice/recomandă, după caz, investigaţii paraclinice suplimentare faţă de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidenţiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultaţii/semestru dacă în biletul de trimitere este evidenţiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.3.6. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare. Consultaţiile la distanţă se acordă şi se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultaţiilor la cabinet pentru afecţiunile cronice, fiind exceptate de la obligaţia prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic şi medicii cu competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi în fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.4. Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

1.4.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;

c) evaluarea şi monitorizarea statusului genito-mamar;

d) tratamentul complicaţiilor.

1.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5 litera a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 literele a) - d) şi se decontează patru consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Consultaţii medicale de îngrijire paliativă

Consultaţia de îngrijiri paliative cuprinde:

a) anamneza, examenul clinic general, evaluare şi examenul clinic specific supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) manevre specifice, teste şi scoruri clinice pe care medicul le consideră necesare;

c) stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

d) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

e) recomandare pentru dispozitive pentru dispozitive medicale, conform prevederilor legale;

f) bilet de internare, după caz;

g) bilet de trimitere către alte specialităţi în ambulatoriu, după caz;

h) eliberare de certificat de concediu medical, după caz;

i) bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, conform prevederilor legale în vigoare, după caz.

1.6.1. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, elaborarea planului de îngrijire paliativă, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei asiguraţilor cu nevoie de îngrijire paliativă, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 6 consultaţii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 3 consultaţii pe lună.

1.6.2. Consultaţia medicFală de îngrijiri paliative se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate.

1.7. Servicii diagnostice şi terapeutice

Procedurile diagnostice şi terapeutice, punctajul aferent şi specialităţile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	**Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii**	**Specialităţi clinice care pot efectua serviciul respectiv**
	A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie, neurologie şi neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopie
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeş-Papanicolau	obstetrică-ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, pneumologie, nefrologie, medicină fizică şi de reabilitare, genetică medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, reumatologie, endocrinologie, pediatrie
6	peak-flowmetrie	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, medicină fizică şi de reabilitare, pediatrie
7	spirometrie	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, pediatrie, medicină fizică şi de reabilitare, pneumologie pediatrică
8	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv control pozitiv şi negativ)	alergologie şi imunologie clinică, dermatovenerologie
9	teste de provocare nazală, oculară, bronşică	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie
10	teste cutanate cu agenţi fizici (maximum 4 teste)	alergologie şi imunologie clinică, dermatovenerologie
11	test la ser autolog	alergologie şi imunologie clinică
12	testare cutanată la anestezice locale	alergologie şi imunologie clinică, geriatrie şi gerontologie, specialităţi chirurgicale
13	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie şi imunologie clinică
14	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
15	determinarea indicelui de presiune gleznă/braţ, respectiv deget/braţ	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, medicină fizică şi de reabilitare, cardiologie, cardiologie pediatrică, medici cu atestat de îngrijiri paliative
16	măsurarea forţei musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie şi gerontologie, medicină fizică şi de reabilitare, reumatologie
17	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilităţii calorice şi testul sensibilităţii discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, ORL, medicină fizică şi de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
18	recoltare material bioptic	dermatovenerologie, chirurgie generală,

		chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică, genetică medicală, obstetrică ginecologie şi urologie
19	Descărcare şi interpretare rapoarte specifice dispozitivelor utilizate în gestionarea diabetului zaharat (dispozitive de monitorizare glicemică continuă, sisteme de infuzie subcutanată a insulinei - pompe de insulină, aplicaţii de monitorizare a valorilor glicemice)	diabet zaharat, nutriţie şi boli nutriţie
20	Uroflowmetrie	urologie
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refracţiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcţiei binoculare (test worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	Audiogramă, ce include audiometrie tonală liminară şi/sau vocală.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL
7	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă, cardiologie pediatrică
8	tensiune arterială continuă - holter TA	cardiologie, medicină internă, cardiologie pediatrică, nefrologie
9	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie, cardiologie pediatrică
10	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrică
11	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie
12	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie şi gerontologie, ortopedie şi traumatologie, medicină fizică şi de reabilitare
13	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie şi diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
14	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic şi duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
15	capilaroscopie	reumatologie
16	tomografie în coerenţă optică	oftalmologie
17	determinarea fractiunii oxidului de azot din aerul expirat	pneumologie, pediatrie, alergologie şi imunologie clinică
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	

1	electromiograma / electroneurograma	neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică şi de reabilitare, reumatologie
2	determinarea potenţialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrică, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare şi/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrică
4	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrică
5	colposcopia	obstetrică-ginecologie
6	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanţei toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
7	dermatoscopie*)	dermatovenerologie
8	body pletismografia cu măsurarea difuziunii prin membrana alveolo-capilară a monoxidului de carbon	pneumologie
	D. Proceduri diagnostice de complexitate superioară: punctaj 100 puncte	
1	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, gastroenterologie pediatrică, alte specialităţi clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/ atestatului de studii complementare
2	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialităţi clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/ atestatului de studii complementare
3	puncție biopsie mamară ghidată ecografic	chirurgie generala, obstetrică-ginecologie, oncologie medicala cu atestat/competență în senologie imagistică, radioterapie cu atestat/competență în senologie imagistică
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extracţie de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale şi a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratamentul chirurgical al pingueculei	oftalmologie
4	tratamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;	oftalmologie
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară, de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior şi/sau anterior ORL	ORL
10	extracţie corpi străini: conduct auditiv extern (inclusiv a dopului de cerumen), nas, faringe;	ORL
11	aspiraţia şi lavajul sinusului nazal prin puncţie	ORL

12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicală a afecţiunilor mamare superficiale	obstetrică - ginecologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă
15	inserţia dispozitivului intrauterin	obstetrică- ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică, ortopedie pediatrică, ortopedie şi traumatologie, obstetrică-ginecologie, urologie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I şi II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică, ortopedie şi traumatologie
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică
22	terapia chirurgicală a panariţiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică,
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părţi moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică,
26	terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică şi ortopedie pediatrică

28	terapia chirurgicală a edemului dur şi seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică
31	terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, ortopedie şi traumatologie, obstetrică – ginecologie, chirurgie toracică, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, urologie, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
32	tratamentul plăgilor	specialităţi chirurgicale
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală
34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervenţiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză	obstetrică - ginecologie, chirurgie generală
35	extracție dispozitiv intrauterin	obstetrică - ginecologie
	F. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte	
1	tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecţie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col	obstetrică-ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică-ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică-ginecologie

8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, obstetrică-ginecologie şi urologie
9	terapia chirurgicală complexă a panariţiului osos, articular, tenosinoval	chirurgie generală
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	specialităţi chirurgicale
11	terapia chirurgicală a hematomului	specialităţi chirurgicale
12	dilataţia stricturii uretrale	urologie, chirurgie generală
13	criocoagularea (crioaplicaţia) transscleralã	oftalmologie
14	tratament tumori exulcerate, suprainfectate	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală
15	îngrijire complicaţii stome, fistule tumorale	medici cu atestat de îngrijiri paliative, chirurgie generală
16	tratamentul limfedemului	medici cu atestat de îngrijiri paliative
17	extragerea endoscopică a stentului ureteral prin uretrocistoscopie flexibilă	urologie
18	montarea/schimbarea cateterului uretro-vezical/cistostomiei/nefrostomiei	urologie
19	instilarea de soluţii medicamentoase în vezica urinară prin cateterizare temporară	urologie, oncologie
20	Imunoterapia specifică cu vaccinuri alergenice standardizate cu administrare subcutanată	alergologie şi imunologie clinică
	G. Proceduri terapeutice/ tratamente medicale simple: punctaj 7 puncte	
1	aerosoli/şedinţă (maxim 3 şedinţe)	alergologie şi imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL, medicină fizică şi de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părţilor moi (intramuscular, intradermic şi subcutanat)	toate specialităţile clinice, inclusiv medici cu atestat de îngrijiri paliative
4	educaţie terapeutică şi nutriţională a pacientului cu diabet zaharat	diabet zaharat, nutriţie şi boli de nutriţie
	H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/şedinţă (maxim 4 şedinţe/săptămână)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/şedinţă (maxim 4 şedinţe/săptămână)	dermatovenerologie
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală şi periarticulară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie

		şi gerontologie, medicină fizică şi de reabilitare, medici cu atestat de îngrijiri paliative
4	probe de repoziţionare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate	alergologie şi imunologie clinică
6	administrare tratament prin puncţie intravenoasă	toate specialităţile clinice, inclusiv medici cu atestat de îngrijiri paliative
7	infiltraţii nervoase regionale	anestezie şi terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetrică-ginecologie, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară, medicină fizică şi de reabilitare, chirurgie orală şi maxilo-facială
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient	anestezie şi terapie intensivă, medici cu atestat de îngrijiri paliative
	I. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte	
1	puncţii şi infiltraţii intraarticulare	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, geriatrie şi gerontologie, medicină fizică şi de reabilitare, reumatologie
2	instilaţia uterotubară terapeutică	obstetrică- ginecologie
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică şi de reabilitare
4	evaluare funcțională instrumentală cu dispozitive mecatronice și/sau senzori inerțiali, actuatori, etc	medicină fizică şi de reabilitare
5	tratament intraarticular cu plasma îmbogățită cu trombocite (PRP)	medicină fizică şi de reabilitare
	J. Tratamente ortopedice medicale : punctaj 20 puncte	
1	tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală

3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
4	tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viaţă	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viaţă	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
7	tratamentul fracturii amielice fără deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
	K. Terapii psihiatrice **): punctaj 30 puncte	
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală şi familială	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii) ***)	
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii, tulburări din spectrul autist) ***)	
4	terapia cognitiv-comportamentală ***)	
	L. Terapii de genetică medicală **)**: punctaj 30 puncte	
1	Sfat genetic	

*) Se decontează pentru un pacient o dată la 6 luni în cazul în care nu sunt identificate leziuni; se decontează pentru un pacient o dată pe lună, în cazul în care au fost identificate leziuni suspecte.

**) Terapiile psihiatrice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare. Terapiile psihiatrice acordate la distanţă se acordă şi se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor diagnostice şi terapeutice acordate la cabinet.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic vor consemna terapiile psihiatrice acordate la distanţă în fişa pacientului, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

***) Pot fi acordate numai de către medicii de specialitate cu specialitatea clinică psihiatrie/psihiatrie pediatrică certificaţi conform prevederilor legale în vigoare.

****) Sfatul genetic poate fi acordat și la distanță, prin orice mijloace de comunicare.

Sfatul genetic furnizat la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor diagnostice şi terapeutice acordate la cabinet.

1.8. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie şi psihopedagogie specială - logopezi şi fizioterapeuţi şi pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum şi cu medicii de specialitate, cu următoarele specialităţi clinice:

a) neurologie şi neurologie pediatrică;

b) otorinolaringologie;

c) psihiatrie şi psihiatrie pediatrică;

d) reumatologie;
e) ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică;
f) oncologie medicală;
g) diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice;
h) hematologie;
i) nefrologie şi nefrologie pediatrică;
j) oncologie şi hematologie pediatrică;
k) cardiologie;
l) pneumologie;
m) medicină fizică şi de reabilitare.
n) genetică medicală;
o) radioterapie;
p) cardiologie pediatrică;
q) chirurgie cardiovasculară;
r) chirurgie orală şi maxilo-facială;
s) chirurgie pediatrică;
ș) endocrinologie;
t) gastroenterologie pediatrică;
ț) pediatrie;
u) pneumologie pediatrică.

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

Servicii de sănătate conexe actului medical:	**Tarif pe serviciu de sănătate conex actului medical – puncte -**
a) Neurologie şi neurologie pediatrică:	
a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitateapsihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
a1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic;	30 puncte/şedinţă
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți;	30 puncte/şedinţă
a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;	30 puncte/şedinţă
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped: consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială –logoped;	30 puncte/şedinţă
a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeuți	
a3.1) kinetoterapie individuală;	20 puncte/şedinţă
a3.2) kinetoterapie de grup;	10 puncte/şedinţă
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice /dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate.	10 puncte/şedinţă
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
b1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
b1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped:	
b2.1) consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială – logoped	30 puncte/şedinţă
b2.2) exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	30 puncte/şedinţă
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:	

c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
c1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulţi	30 puncte/şedinţă
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticaţi cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) – într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist; Notă: până la intrarea în vigoare a Normelor tehnice de realizare a Programelor curative de sănătate, respectiv a Subprogramului naţional de intervenţii specializate acordate persoanelor diagnosticate cu TSA	30 puncte/şedinţă
c1.4) psihoterapia copilului şi familiei – pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică)	30 puncte/şedinţă
c1.5) psihoterapie pentru copii/adult; Notă: pentru copii, se decontează numai pentru alte afecţiuni decât TSA.	30 puncte/şedinţă
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped: consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială – logoped	30 puncte/şedinţă
c3) Servicii furnizate de fizioterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist în condiţiile prevăzute la punctul 1.8.2:	
c3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
c3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/ dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
d) Reumatologie:	
d1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii cu afecţiuni reumatice:	
d1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
d1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
d2) Servicii furnizate de fizioterapeut:	
d2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
d2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
d2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
e) Ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică:	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
e1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
e2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
f) Oncologie medicală:	
f1) Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice:	
f1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
f1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
f2) Servicii furnizate de fizioterapeut: masajul limfedemului	20 puncte/şedinţă
g) Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii şi adulţi cu diagnostic confirmat de diabet zaharat:	
g1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă

g2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
h) Hematologie:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice:	30 puncte/şedinţă
h1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
h2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
i) Nefrologie şi nefrologie pediatrică:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii şi adulţi cu insuficienţă renală cronică – dializă	
i1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
i2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
j) Oncologie şi hematologie pediatrică:	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii cu afecţiuni oncologice	
j1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
j2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
k) Cardiologie:	
k1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru pacienţi cu afecţiuni post infecţie Covid – 19 sau agravări post infecţie Covid – 19	
k1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
k1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
k2) Servicii pentru pacienţi cu afecţiuni post infecţie Covid – 19 sau agravări post infecţie Covid – 19, furnizate de fizioterapeut:	
k2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
k2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
k2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
l) Pneumologie:	
l1)Servicii pentru pacienţi cu afecţiuni post infecţie Covid – 19 sau agravări post infecţie Covid – 19, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
l1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
l1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
l2) Servicii pentru pacienţi cu afecţiuni post infecţie Covid – 19 sau agravări post infecţie Covid – 19, furnizate de fizioterapeut:	
l2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
l2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
l2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
m) Medicină fizică şi de reabilitare:	
m 1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
m 1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
m 1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
m 2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped	
m 2.1) consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială – logoped	30 puncte/şedinţă
m 2.2) exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	30 puncte/şedinţă
m3) Servicii furnizate de fizioterapeut:	

m 3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
m 3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
m 3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice / dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
m 3.4) masajul limfedemului	20 puncte/ședință
n) Îngrijiri paliative:	
n1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:	
n 1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/ședință
n 1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulţi	30 puncte/ședință
n 1.3) psihoterapie pentru copii/adulţi	30 puncte/ședință
n2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped: consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială – logoped;	30 puncte/ședință
n3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
n3.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/ședință
n3.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/ședință
n3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/ședință
n3.4) masajul limfedemului	20 puncte/ședință
o) Genetică medicală:	
Serviciile pentru copii cu afecţiuni genetice, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
o1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
o2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
p) Radioterapie:	
Serviciile pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice, furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
p1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
p2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
q) Cardiologie pediatrică:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru afecțiunile pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
q1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
q2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
r) Chirurgie cardiovasculară:	
Servicii pentru copii cu malformații congenitale ale sistemului circulator sau cu afecțiuni dobândite cu rezolvare chirurgicală cardiovasculară (spre exemplu: endocardite, traumatisme cardiovasculare, etc), furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
r1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
r2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
s) Chirurgie orală şi maxilo-facială:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru afecțiuni pentru care se apreciază consilierea	30 puncte/ ședință

psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică - consiliere psihologică clinică pentru copii	
s1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
s2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
ş) chirurgie pediatrică:	
ş1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecţiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Abuz (fizic, emoţional, sexual), - Traumatisme; Heteroagresiuni şi Autoagresiuni corporale (tentative suicid), - Afecţiuni cronice: - Oncologice, - Urinare: - Extrofie de cloaca, extrofie de vezică, - Stome urinare, - Malformaţii genitale - Hipospadias, - Epispadias, - Tulburări de diferenţiere sexuală, - Digestive: - Boli inflamatorii intestinale, - Stome digestive, - Sindrom intestin scurt, - Boli hepato-bilio-pancreatice - Atrezie de căi biliare, - Dilataţii congenitale de căi biliare, - Pancreatite, - Transplant renal, - Transplant hepatic, - Afecţini chirurgicale acute, - Dificultăţi de alimentaţie (ex. Reflux gastroesofagian) - Tulburări de continenţă urinară şi fecală, - Malformaţii cranio-faciale – Despicătura de buză şi/sau palat , - Malformaţii congenitale oracice, abdominale, genito-urinare, - Pacienţii cu organ pereche unic (testicul unic, ovar unic, rinichi unic etc).	
ş1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
ş1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
ş2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
ş2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
ş2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
ş2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă
t) Endocrinologie:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecţiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Tulburări de dezvoltare sexuală, - Pubertate precoce, - Disfuncţii tiroidiene, - Deficienţe staturale, - Obezitate, - Tumori ale glandelor endocrine, - Insuficienţă hipofizară.	
t1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă

t2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
ţ) Gastroenterologie pediatrică:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru copii cu următoarele afecţiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică: - Boala inflamatorie intestinală, - Boala celiacă, - Sindromul intestinului scurt/Insuficienşă intestinală, - Alergii alimentare, - Hepatopatii cronice, - Post transplant hepatic, - Boala de reflux gatsroesofagian cu/fără esofagită, - Gastrită cronică, - Esofagită, gastroenteropatia eozinofilică, - Tulburări gastrointestinale funcţionale sugar/copil mic, - Tulburări gastrointestinale funcţionale copil/adolescent, - Malformaţii congenitale digestive, - Tulburări de alimentaţie, - Purtătorii de stome.	
ţ1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
ţ2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
u) Pediatrie:	
Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru copii cu afecţiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
u1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
u2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
v) pneumologie pediatrică:	
v1) Servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, pentru copii cu afecţiuni pentru care se apreciază consilierea psihologică ca fiind absolut necesară pentru conduita terapeutică	
v1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic	30 puncte/şedinţă
v1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte/şedinţă
v2) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
v2.1) kinetoterapie individuală	20 puncte/şedinţă
v2.2) kinetoterapie de grup	10 puncte/şedinţă
v2.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	10 puncte/şedinţă

1.8.2. Serviciile de kinetoterapie şi masajul limfedemului se acordă conform unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B; în vederea întocmirii "Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare" de către medicii de medicină fizică şi de reabilitare, medicii de specialitate care recomandă servicii conexe acordate de către fizioterapeut eliberează bilet de trimitere pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare.

1.8.3. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinică, respectiv medicul cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative şi psiholog/logoped. Medicul de specialitate clinică, respectiv medicul cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative are obligaţia să

argumenteze în scrisoarea medicală recomandarea serviciilor furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială – logoped.

Asiguratul care, cu acordul pacientului cu afecţiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani, îl însoţeşte pe acesta la intervenţii chirurgicale şi tratamente prescrise de medicul specialist, în fiecare an în care primeşte concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice, are dreptul la minimum o şedinţă de evaluare psihologică clinică şi minimum cinci şedinţe de consiliere psihologică clinică, potrivit prevederilor art. 30^1 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate.

Medicul de specialitate sau medicul cu competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative care eliberează concedii pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice reprezintă specialistul care solicită servicii furnizate de psiholog prin scrisoare medicală pentru aceşti asiguraţi.

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanţă se acordă şi se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor conexe acordate la cabinet.

1.8.4. O ședință acordată de un psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, respectiv de un psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped, are durata de minimum 50 de minute.

1.8.5. O ședință de kinetoterapie acordată de un fizioterapeut are durata de minimum 45 de minute.

1.8.6. Masajul limfedemului are o durată de minimum 50 de minute şi se efectuează de către fizioterapeuții care atestă pregătirea profesională pentru drenaj limfatic manual.

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii şi lăuziei - o consultaţie pentru fiecare trimestru de sarcină şi o consultaţie în primul trimestru de la naştere.

1.9.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie din ambulatoriu.

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz şi condiţiile de acordare. Aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic şi se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/ serviciu
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)*1)	Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă	30 minute	733 lei

		Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecţia CMV, hepatită B şi C) Secreție vaginala Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate şi datare a sarcinii		
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (hepatită B şi C) Secretie vaginala Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate şi datare a sarcinii	30 minute	450 lei
3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) *2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor) Dublu test / triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)	45 minute	639 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Creatinina serică Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urină (sumar + sediment) Dozare proteine urinare	30 minute	163 lei

		Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică		
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Sodiu seric Potasiu seric Examen complet de urină (sumar + sediment) Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	165 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	164 lei
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân *4)	Consultatie chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Comunicare rezultat	45 minute	238 lei
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5a)	Consultație chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	60 minute	342 lei
8b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5b)	Consult chirurgie generală / obstetrică-ginecologie Mamografie digitală *10) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	75 min	702 lei
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	30 minute	198 lei
9a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic și ecografic *6a)	Puncție biopsie mamară ghidată ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic procedura completă HE şi coloraţii speciale (1 - 3 blocuri) *10a) Teste imuno-histochimice *10a) Comunicare rezultat	45 min	953 lei
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate	Puncție biopsie mamară cu vacuum ghidată mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic *10a) Examen imunohistochimic *10a) Comunicare rezultat	60 min	3.080 lei

	mamografic şi / sau ecografic *6b)			
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	30 minute	244 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie *8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	251 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9)	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	45 minute	453 lei

*1) Serviciile de la poz. 1 şi 2 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă pentru aceeaşi sarcină a aceleiaşi paciente. Specialităţi care acordă serviciul de la poz. 1 şi 2:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală şi ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător poziţiilor 1 şi 2 se contractează de unităţile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează consultaţia de specialitate şi ecografia de confirmare, viabilitate şi datare a sarcinii, precum şi laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevăzute în cadrul pachetului.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidenţă a acesteia de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

Consultaţia medicală de specialitate obstetrică-ginecologie cuprinde:

- anamneză;
- examenul clinic general;
- examen ginecologic şi obstetrical complet;
- recomandarea efectuării investigaţiilor paraclinice şi interpretarea integrativă a rezultatelor acestora;
- evaluarea factorilor de risc medicali şi/sau obstetricali şi ierarhizarea cazului;
- recomandări privind supravegherea evoluţiei sarcinii;
- recomandări privind măsurile igieno-dietetice şi profilactice şi, după caz, terapeutice în cazul identificării unei patologii asociate sarcinii.

Acordarea pachetului de servicii medicale corespunzător poziţiilor 1 şi 2 şi rezultatele acestuia se consemnează complet şi la zi în evidenţele obligatorii ale furnizorului de servicii, precum şi în scrisoarea medicală şi Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

În situaţia în care serviciile medicale corespunzătoare poziţiilor 1 şi 2 se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare poziţiei 3.

*2) Specialităţi care acordă serviciul de la poz. 3:

- clinice: obstetrică-ginecologie; medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală şi ginecologică sau supraspecializării în medicina materno-fetală;
- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător poziţiei 3 se contractează numai de unităţile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează ecografia pentru depistarea anomalii fetale S11 - S19 + 6 zile şi laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test, în funcţie de vârsta gestaţională.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă care se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile de sarcină.

*3) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie şi cu celelalte unităţi sanitare cu paturi, care au în structură secţii sau compartimente de obstetrică-ginecologie şi neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1881/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

Specialităţi care acordă serviciile corespunzătoare poz. 4, 5 şi 6:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deţinerii competenţei/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală şi ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator

*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale și a interpretării mamografiei în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.
Serviciile de la poziția 7 se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat negativ la interpretarea mamografiilor digitale.

*5a) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, a interpretării mamografiei și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.
Serviciile de la poziția 8a se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale.

*5b) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care:
1.nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă leziuni și densități asimetrice la interpretarea mamografiei digitale sau / și;
3. necesită evaluarea potențialelor distorsiuni arhitecturale și diferențierea acestora față de țesutul glandular sau /și;
4. prezintă suspiciunea unei densități acoperită de țesutul glandular.
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, interpretării mamografiei, efectuării și interpretării mamografiei cu tomosinteză unilateral și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de screening specifică, în scopul depistării precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Serviciile de la poziția 8b se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru mamografie digitală cu tomosinteză.

*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 35 - 64 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale colului uterin şi la femeile din grupa de vârstă 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic şi care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

Se efectuează prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 ani se indică triaj citologic.

În cazul unui rezultat negativ, se repetă peste 5 ani.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

Serviciul se validează după consultaţia a II-a în cadrul căreia se comunicarea rezultatului şi se indică conduită în funcţie de rezultat; serviciul se efectuează cu raportarea obligatorie a rezultatului la test se raportează către programul naţional de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezintă absenţa congenitală a colului uterin;
2. prezintă histerectomie totală pentru afecţiuni benigne;
3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

*6a) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice ale sânului

În vederea validării în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, medicul care efectuează procedura de biopsie, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare ghidate ecografic și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*6b) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și / sau ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului

În vederea validării în cadrul screeningului pentru cancerul de sân, medicul care efectuează procedura, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare cu vacuum și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*7) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

*8) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 şi 10.

*10) Tariful pentru serviciul de la pozițiile 7, respectiv 8a/8b, este același, indiferent dacă mamografia digitală /ecografia de sân, după caz, se efectuează pentru un sân sau pentru ambii sâni.

*10a) Tariful pentru serviciul de la poziția 9a/9b este pentru o procedură de puncție biopsie a sânului și testele histopatologice și imunohistochimice aferente acesteia.

NOTA1a.

- tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 40 ore de pregătire;
- medicii care interpretează mamografiile digitale, și medicii care efectuează ecografii mamare în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire;
- cel puțin unul din medicii care interpretează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe de senologie imagistică iar celălalt este necesar să aibă specialitatea radiologie imagistică medicală;
- medicii care interpretează mamografia digitală cu tomosinteză în cadrul serviciilor de la poziția 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;
- medicii care efectuează ecografie mamară în cadrul serviciilor de la pozițiile 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică.

NOTA1b. Serviciile de la poziția 7 se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA1c. Serviciile de la poziția 7 se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *4).

În cazul în care serviciile de la poziția 7 nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi, pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării acestora de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *4).

NOTA 1d. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTA1e. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

În cazul în care serviciile de la pozițiile 8a, 8b nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării de către un centru oncologic regional de de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).

NOTA2a.

- medicii din specialitățile chirurgie generală, obstetrică ginecologie, respectiv oncologie medicală, radioterapie și radiologie si imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic,

cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire;
- medicii din specialitățile oncologie medicală, radioterapie şi radiologie si imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;
- medicii care efectuează puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire, să aibă permis CNCAN nivel 2 (pentru puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic) şi să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;
- medicii din specialitatea anatomopatologie care efectuează testele histopatologice şi imunohistochimice aferente puncției biopsie a sânului în cadrul serviciilor de la poziția 9a, 9b trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de anatomopatologie a leziunilor sânului în cadrul depistării precoce a cancerului de sân cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire.
NOTA2b. Serviciile de la poziția 9a se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu ghidaj ecografic, cu marcaj aplicat şi se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.
NOTA2c. Serviciile de la poziția 9b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu vacuum cu ghidaj mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat şi se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

2. Lista specialităţilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	Denumirea specialităţii
1	Alergologie şi imunologie clinică
2	Anestezie şi terapie intensivă
3	Boli infecţioase
4	Cardiologie
5	Cardiologie pediatrică
6	Chirurgie cardiovasculară
7	Chirurgie generală
8	Chirurgie orală şi maxilo-facială
9	Chirurgie pediatrică
10	Chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă
11	Chirurgie toracică
12	Chirurgie vasculară
13	Dermatovenerologie
14	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
15	Endocrinologie

16	Gastroenterologie
17	Gastroenterologie pediatrică
18	Genetică medicală
19	Geriatrie şi gerontologie
20	Hematologie
21	Medicină internă
22	Nefrologie
23	Nefrologie pediatrică
24	Neonatologie
25	Neurochirurgie
26	Neurologie
27	Neurologie pediatrică
28	Oncologie medicală
29	Oncologie şi hematologie pediatrică
30	Obstetrică-ginecologie
31	Oftalmologie
32	Otorinolaringologie
33	Ortopedie şi traumatologie
34	Ortopedie pediatrică
35	Pediatrie
36	Pneumologie
37	Pneumologie pediatrică
38	Psihiatrie
39	Psihiatrie pediatrică
40	Radioterapia
41	Reumatologie
42	Urologie
43	Medicină fizică şi de reabilitare

3. Biletul de trimitere pentru specialităţile clinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice.

Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice de la data la care acesta se implementează.

4. Numărul de puncte pe consultaţie, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialităţi medicale	Număr puncte pentru specialităţi chirurgicale
a. Consultaţia copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultaţia peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultaţia de planificare familială	10,80 puncte	
f. Consultaţia de neurologie, respectiv de medicină fizică şi de reabilitare a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	21,60 puncte	
g. Consultaţia de neurologie, de medicină fizică şi de reabilitare peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	
h. Consultaţia pentru îngrijiri paliative	21,60 puncte	

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani şi peste, numărul de puncte corespunzător consultaţiei se majorează cu 2 puncte.

5. Pentru supraspecializarea/competenţa/atestatul de studii complementare în planificare familială şi în îngrijiri paliative se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, şi a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse în anexa nr. 17 la prezentul ordin ca o consecinţă a actului medical propriu pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenţei şi a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la prezentul ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situaţia în care un medic are o specialitate/mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, cât şi supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţii/specialităţilor respective şi servicii de îngrijiri paliative, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor

pentru aceste specialităţi şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură - consultaţii cură de tratament

În baza competenţei/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice.

8.1. Consultaţia de acupunctură: se decontează o singură consultaţie pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 30 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se decontează maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament şi în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 280 lei.

8.3. Consultaţiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

9. În baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie, care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii care lucrează exclusiv în această activitate pot încheia contract de furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Medicii de familie cu liste proprii de persoane înscrise aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot desfășura activitate medicală în baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, în ambulatoriul clinic de specialitate, cu o fracțiune de normă.

C. Pachetul de servicii în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului economic european/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, cu modificările şi completările ulterioare, şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 şi 1.2 şi la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia

Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 şi 1.2 din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

ANEXA 8

MODALITĂŢILE DE PLATĂ

în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative

ART. 1

(1) Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, pentru acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau pe serviciu medical - consultaţie/caz exprimat în lei.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice şi medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea consultaţiilor la distanţă pentru afecţiunile cronice şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare, la acelaşi tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte ca cel aferent consultaţiilor efectuate în cabinetul medical.

ART. 2

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice, planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea şi interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective, servicii efectuate de aceştia şi cuprinse în anexa nr. 7 la prezentul ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, în limita sumelor contractate lunar/trimestrial.

ART. 3

(1) Numărul total de puncte decontat lunar pentru consultaţiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialităţi clinice şi pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 15 minute), dar nu mai mult de 40 de consultaţii/zi, calculat la nivelul unei luni;

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, şi pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultaţii în

medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 30 de minute), dar nu mai mult de 20 de consultaţii/zi, calculat la nivelul unei luni; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, precum şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 20 de minute), dar nu mai mult de 30 de consultaţii/zi, calculat la nivelul unei luni;

c) pentru specialităţile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăşi, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, corespunzător unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialităţile clinice, în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot deconta lunar de către casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate, raportate şi decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultaţii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot deconta lunar de către casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate, raportate şi decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultaţii; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, precum şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare se pot deconta lunar de către la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, calculat la nivelul unei luni în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate, raportate şi decontate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultaţii.

Pentru fiecare consultaţie în plus faţă de 19 consultaţii pentru specialităţile clinice, respectiv 9 consultaţii pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică sau 14 consultaţii pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică şi specialitatea medicină fizică şi de reabilitare ce pot fi efectuate, raportate şi decontate în medie pe zi, în condiţiile raportării şi de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialităţile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică şi cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, precum şi pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare.

În situaţia în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultaţii, servicii medicale creşte sau scade corespunzător.

În situaţia în care adresabilitatea asiguraţilor la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menţionate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile. În situaţia în care programarea se realizează prin mijloace de comunicare electronică, la distanță, confirmarea programării se va transmite asiguratului prin mijloace de comunicare electronică.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceştia sunt în relaţie contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăşi 90 de puncte în medie pe zi, per medic, calculate la nivelul unei luni, cuvenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepţia medicului de specialitate psihiatrie pediatrică pentru care punctajul nu poate depăşi 360 de puncte în medie pe zi, calculate la nivelul unei luni. Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical se calculează indiferent de numărul furnizorilor de servicii conexe actului medical cu care are încheiate relații contractuale sau de numărul de pacienți beneficiari ai serviciilor conexe pentru care medicul de specialitate raportează în vederea decontării servicii conexe actului medical.

Pentru desfăşurarea activităţii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi medici din specialităţile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în anexa 43 la prezentul ordin. În vederea întocmirii “Planului de proceduri specifice de medicină

fizică şi de reabilitare" de către medicii de medicină fizică şi de reabilitare, medicii de specialitate care recomandă servicii conexe acordate de către fizioterapeut elibereaza bilet de trimitere pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare.

Pentru asigurarea calităţii în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorilor de îngrijiri paliative în ambulatoriu, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare, şi după caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările şi completările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea şi exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum şi pentru înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Fizioterapeuţilor din România, cu modificările ulterioare, acte doveditoare care să conţină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, sau de Colegiul Fizioterapeuţilor din România, documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz, programul de activitate şi tipul de servicii de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la prezentul ordin şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările şi completările ulterioare, respectiv conform Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare.

(3) Pentru serviciile conexe actului medical acordate, furnizorii de servicii conexe actului medical ţin evidenţe distincte cu evidenţierea pentru fiecare pacient a intervalului orar şi a modalităţii de acordare a serviciilor, după caz, potrivit unei fişe de tratament. Furnizorii de servicii conexe actului medical informează medicul de specialitate asupra evoluţiei pacientului.

(4) Numărul serviciilor medicale în scop diagnostic-caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate şi decontate cu încadrarea în suma contractată, funcţie de tipul fiecărui serviciu şi durata acestuia, precum şi de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.

ART. 4

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice inclusiv medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se calculează prin înmulţirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţă medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum şi furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea numărului

total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe ţară şi este în valoare de 4,5 lei, valabilă pentru anul 2023.

(4) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice la nivel naţional, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(5) Consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specioalitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfăşurate în luna decembrie. Consultaţiile realizate şi raportate peste numărul maxim de 40 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţi clinice, respectiv peste numărul maxim de 30 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţile clinice neurologie, neurologie pediatrică, specialitatea medicină fizică şi de reabilitare şi peste numărul maxim de 20 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţile clinice psihiatrie, psihiatrie pediatrică, şi pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, nu se iau în calcul pentru plata activităţii medicilor de specialitate din sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului.

(6) Prin exceptie, în anul 2023, consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite la art. 3 alin. (1), se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, desfăşurate în luna decembrie. Consultaţiile realizate şi raportate peste numărul maxim de 40 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţi clinice, respectiv peste numărul maxim de 30 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţile clinice neurologie, neurologie pediatrică, specialitatea medicină fizică şi de reabilitare şi peste numărul maxim de 20 de consultaţii/zi pentru medicii cu specialităţile clinice psihiatrie, psihiatrie pediatrică, şi pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, nu se iau în calcul pentru plata activităţii medicilor de specialitate din sumele rămase neconsumate în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023.

ART. 5

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicilor de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicilor cu supraspecializare/atestat/competenţă de îngrijiri paliative.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, inclusiv pentru medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative se corectează până la sfârşitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a produs eroarea.

(3) În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleaşi condiţii cu cele din cursul anului curent.

ART. 6

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultaţii de acupunctură, respectiv tariful pe consultaţie de 30 lei şi numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 280 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultaţii de acupunctură şi a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultaţii de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de consultaţii de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultaţie pentru o cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează şi se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultaţii şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură respectiv pe consultaţie, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (280 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat).

Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activităţii realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii de acupunctură şi cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de acupunctură se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare şi se utilizează pentru decontarea serviciilor efectuate de la data semnării actului adiţional. În trimestrul IV, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de acupunctură se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii de acupunctură care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 310 de lei, reprezentând contravaloarea unei consultaţii şi a unei cure de acupunctură, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de acupunctură acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi

până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract. Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de acupunctură decontate de casa de asigurări de sănătate.

ART. 7

(1) La stabilirea sumei contractate cu casa de asigurări de sănătate de un furnizor pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz, se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz este prevăzut în anexa nr. 7 la prezentul ordin.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) Contravaloarea serviciilor în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se suportă din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri şi a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

(4) În situaţia în care la unii furnizori se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. În trimestrul IV al anului în curs, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate, faţă de sumele prevăzute în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional valoarea contractată iniţial cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 8

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, inclusiv al furnizorilor de planificare familială, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 9

În situaţia în care furnizorii acordă servicii medicale de specialitate în specialităţile clinice, inclusiv servicii medicale de planificare familială, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la prezentul ordin, furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi medici, precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi

desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare.

Medicii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz şi semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente.

Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative, cabinetele medicale individuale - organizate conform reglementărilor în vigoare - pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum şi servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor medicale de acupunctură şi îngrijiri paliative acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialităţi clinice, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la prezentul ordin şi serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi a consultaţiilor la distanţă acordate de către medicii de specialitate din specialităţile clinice sau de către medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a Instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialităţi clinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate pentru afecţiunile acute şi subacute de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Biletele de trimitere pentru specialităţi clinice pentru afecţiunile cronice şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice/furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare. Furnizorul de servicii medicale clinice, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu păstrează biletul de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialităţi clinice recomandate de medicul de familie, care are evidenţiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţi clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/atestat/competenţă de îngrjiri paliative recomandă investigaţii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigaţiile şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigaţii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situaţia în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice şi servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoţi proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigaţii paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/atestat/competenţă de îngrjiri paliative aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 C la prezentul ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 D la prezentul ordin.

(8) Medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare recomandă proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model se regăseşte în anexa nr. 11 B la prezentul ordin. Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare cuprinde maximum 4 proceduri.

(9) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi clinice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda asiguraţilor dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în baza unei prescripţii medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 39 B la prezentul ordin.

ART. 12

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv ale furnizorilor de îngrijiri paliative în ambulatoriu, sau ale medicilor întâlniri

cu furnizorii pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 9
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., adresă e-mail ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul .....CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;
- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ..... judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;
- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..... judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;
- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil

..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament, centrul medical şi centrul de sănătate multifuncţional - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

- Cabinet medical de îngrijiri paliative în ambulatoriu organizat conform dispoziţiilor legale în vigoare;

- Societăţi de turism balnear şi de medicină fizică şi de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care îndeplinesc condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 143/2003.

NOTĂ: În situaţia în care furnizorul are punct/puncte secundar(e) de lucru acestea se vor evidenţia distinct, fiind menţionate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../.... 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..... 2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023, în următoarele specialităţi şi supraspecializări/competenţe/atestate de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative:

a) .....;

b) .....

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. .....;
4. .....;

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, precum şi lista furnizorilor de servicii medicale ce sunt în relaţii contractuale cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical şi să actualizeze permanent aceste liste în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronică a acestora, precum şi numărul total de puncte realizat trimestrial la nivel naţional, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de specialitate, respectiv medic cu supraspecializare/atestat/competență de studii complementare în îngrijiri paliative, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare, de acupunctură, planificare familială şi îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialităţii clinice şi supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../.2023;

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical şi tarif pe serviciu medical consultaţie/caz, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../.2023;

o) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

p) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacităţii tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz.

q) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil),

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicul cu supraspecializare/atestat/competență de îngrijiri paliative eliberează scrisoare medicală pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum şi formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în Ordinul ministerului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 253/2018, cu modificările şi completările ulterioare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului, să acorde serviciile prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../.... /2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

j) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

l) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia.

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum şi a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, se stabileşte prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……/…../2023. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare**,** furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia

Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

o) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru alte specialităţi clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../ 2023;

p) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului;

q) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate şi a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

r) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă conform **i**nstrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

s) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

ş) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

t) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în

care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ţ) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. t) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

u) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

v) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

w) să respecte prevederile art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei;

y) medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare la întocmirea planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare să recomande maximum 4 proceduri.

C. Drepturile furnizorului de servicii medicale

ART. 8

În relaţiile 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 însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispoziţiile art. 223 şi art. 337 alin. (2^1), (3) şi (4) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate iar consultaţia respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în condițiile art. 35 alin. (3) și (4) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

e) să primească, lunar şi trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate, motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VI. Modalităţi de plată

ART. 9

(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu medical în scop diagnostic-caz şi tarif pe serviciu medical - consultaţie/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea garantată a unui punct este unică pe ţară; pentru anul 2023, valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de ..... lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..... /2023.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%*)

b) gradul profesional medic primar .....%.

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de ..... lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de ..... lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../.....2023.

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este:
- ..... (denumire serviciu) ..... lei
- ..... (denumire serviciu) ..... lei
- .....

(9) Valoarea contractului serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:
Suma anuală contractată este ..... lei, din care:
- Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(10) Plata serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..... 2023.

*) În condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

ART. 10

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti cuvenite, ca urmare a regularizării erorilor de calcul constatate.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat ..... lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate şi raportate în luna respectivă.

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activităţii realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri şi a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la unii furnizori se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă/supraspecializare: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă/supraspecializare: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
c) .....
.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului şi al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 13

Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

IX. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea

serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g), i), j) - l) , o) - s), u) şi v), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic-caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriul de specialitate, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. f), h) şi m) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru specialităţile clinice pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru specialităţile clinice, pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ş), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ş), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(6) Sancțiunile prevătute la alin. (1) -(5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. **7** lit. y) se reține contravaloarea consultației.

(8) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) şi (8) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), (7) şi (8), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(11) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) şi (8) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(12) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5), (7) şi (8) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; 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 situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură sau pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 16

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, de servicii de planificare familială, acupunctură şi de îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) 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 la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 29 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

i) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) - (4).

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a) - cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 18

(1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 19

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

ART. 20

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 21

Valoarea garantată a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al
Direcţiei Economice,

.....

Director executiv al
Direcţiei Relaţii Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ACT ADIŢIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii efectuate de medicii de specialitate din specialităţile clinice

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 10

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

„Servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu - serii de proceduri

1.1. Procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în ambulatoriu, precum şi perioadele pentru care se pot acorda sunt:

Nr. crt.	**PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ŞI DE REABILITARE ÎN AMBULATORIU**
1.	Kinetoterapie de grup pe afecţiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenţi diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenţi medie frecvență/interferenţiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11.	Ultrasunet
12.	Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13.	Magnetoterapie
14.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenţi cu impulsuri rectangulare
18.	Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19.	Contracţia izometrică electrică

20.	Stimulare electrică funcţională/neuromusculară
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duş subacval
24.	Aplicaţii de termoterapie locoregională (parafină, termopack)
25.	Băi sau pensulaţii cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizaţie cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie individuală parţială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracţiuni vertebrale şi articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulaţii periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice şi robotizate
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon şi bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parţială cu nămol
47.	Aplicaţie de unde de şoc extracorporale
48.	Aplicaţie de oscilaţii profunde
49.	Speleoterapia/Salinoterapia
50.	TECAR
51.	Respiraţie la presiune pozitivă
52.	Masaj pneumatic al extremităţilor
53.	Crioterapie
54.	Kinetoterapie cu IATSM

Procedurile de la pct. 39 - 46 sunt efectuate numai în staţiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de medicină fizică şi de reabilitare în Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este stabilit în Anexa nr. 11 B din prezentul ordin.

1.1.1 Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi cu excepţia pacienților cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare şi pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arşi în primele 4 luni de la externare, când se decontează proceduri medicale specifice de medicină fizică şi de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracţionate în maximum două fracţiuni, în funcţie de afecţiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică şi de reabilitare.

1.1.2. Seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu stabilită de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare în Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare, decontată pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare ce se desfăşoară în staţiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi.
1.2 Lista afecţiunilor, pentru care pot fi acordate servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu este:

Nr. crt.	**AFECŢIUNI**
1.	Afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic la adulți și copii
2.	Afecţiuni ale joncţiunii neuromusculare, si miopatii
3.	Boli cardio-vasculare
4.	Afecțiuni ale căilor respiratorii, boli pulmonare restrictive și obstructive
5.	Artropatii inflamatorii, degenerative și metabolice
6.	Afecțiuni ale coloanei vertebrale
7.	Afecţiuni abarticulare
8.	Tulburări de statică, vertebrală și periferică
9.	Afecțiuni ortopedice și post-traumatice
10.	Status post intervenţii chirurgicale (cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice, etc.)
11.	Status post COVID-19
12.	Afecțiuni oncologice
13.	Status post-combustional
14.	Afecțiuni uro-genitale
15.	Afecțiuni metabolice și endocrine
16.	Afecțiuni digestive

1.3. Serviciile de medicină fizică şi de reabilitare se acordă pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de către medicii de medicină fizică și de reabilitare al cărui model se regăseşte în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare.
1.4. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 50 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă, cu excepţia poziţiilor 1, 28 – 29, 32 – 34, 38 și 54. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu, care se decontează pentru un asigurat este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3 din prezenta anexă cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 28 – 29, 32 – 34, 38 și 54. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc după cum urmează:
- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 și 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedură dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevăzute la pozițiile 1, 26 - 29, 32, 32 – 34, 38 și 54, tariful pe zi este de 80 lei.
Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de medicină fizică şi de reabilitare atunci când acestea se acordă pentru situaţii care privesc corecţii de natură estetică şi de întreţinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreţinere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de medicină fizică şi de reabilitare, acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model se regăseşte în anexa nr. 11 B la prezentul ordin, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model se regăseşte în anexa nr. 11 B la prezentul ordin, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 11

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

ART. 1

(1) Furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 50 de lei sau 80 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 50 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu excepţia poziţiilor 1, 28 - 29, 32 – 34, 38 şi 54 şi este de 80 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele

prevăzute la subpunctul 1.1. de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 28 - 29, 32 – 34, 38 şi 54.

(3) Suma contractată se stabileşte conform anexei nr. 11 B la ordin şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

(4) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu conform prevederilor din anexa nr. 11 A la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract, începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în cadrul unui trimestru, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră şi se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârşitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentand un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează

proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu decontate de casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi a numărului de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se au în vedere serviciile medicale zi de tratament care se acordă în ambulatoriu, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi, cu excepţia pacienţilor cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral în primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, pentru pacientele cu limfedem secundar după limfadenectomie axilară şi pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arşi în primele 4 luni de la externare când se decontează proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi numărul de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în anexa nr. 11 A la ordin, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, al cărui model se regăseşte în anexa nr. 11 B la prezentul ordin

(12) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcţie de numărul de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare realizat în ambulatoriu , înmulţit cu tarifele prevăzute la alin. (2). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc după cum urmează:

- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedură dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 80 lei.

ART. 2

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna

anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 3

Contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care nu se regăsesc în anexa nr. 10 la ordin se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la furnizor/punct de lucru, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 4

(1) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică şi reabilitare în ambulatoriu acordă servicii medicale în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate cu excepţia cazului în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare al cărui model este prevăzut în ordin.

(2) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa Planurilor eliberate de medicii de specialitate de medicină fizică şi de reabilitare în baza cărora au fost efectuate serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

(3) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au obligaţia să verifice Planurile eliberate de medicii de specialitate de medicină fizică şi de reabilitare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă.

ART. 5

(1) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asiguraţii pe seria de proceduri; nivelul minim al coplăţii este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 225 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi cu documente şi/sau, după caz, cu declaraţie pe propria răspundere că îndeplinesc condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

ART. 6

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele

de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 11 A

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

CAPITOLUL I
Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi, acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

3. Să facă dovada că pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore – programul furnizorului/punctului de lucru este acoperit de fizioterapeut care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la furnizor.

CAPITOLUL II

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice 40%
B. Evaluarea resurselor umane 60%

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

a) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent la punctul de lucru respectiv sunt aceleaşi cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deţinute din care să reiasă: anul fabricaţiei, seria şi numărul, numărul de canale şi numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fişa tehnică.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medico-sanitar al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 şi într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii sau Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale avizul de utilizare, emis de Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România pentru dispozitivele medicale din dotare achiziţionate "second hand". Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1. Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, după cum urmează:

Nr. crt.	**Tip aparat**	**Puncte**	**Nr. maxim de proceduri/oră**
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal)	10 puncte/aparat	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienţi trataţi simultan (2 sau mai multe canale)	20 puncte/aparat	6
3.	Baie galvanică și alternantă	20 puncte/aparat	2
4.	Aparate de magnetoterapie	10 puncte/aparat	3
5.	Unde scurte	10 puncte/aparat	3
6.	ESWT (unde de șoc)	15 puncte/aparat	3
7.	TECAR	15 puncte/aparat	2
8.	Aparate cu energie luminoasa (laserterapie sub 900 mW, ultraviolete, infrarosii)	10 puncte/aparat	5
9.	Aparat laser continuu sau pulsat peste 900 mW	15 punte/aparat	5
10.	Aparate de parafină sau termopack	10 puncte/aparat	3 aplicaţii/ canapea/pat/ oră
11.	Aparate pentru drenaj limfatic	10 puncte/aparat	2
12.	Aparat pentru ultrasonoterapie	10 puncte/aparat	5
13.	Aparat pentru aerosoli	10 puncte/aparat	4
14.	Cadă de hidroterapie	10 puncte/1 cadă	2
15.	Cadă de hidroterapie cu duş subacval sau cu bule	20 puncte/1 cadă	2
16.	Dispozitive de duşuri terapeutice (scoţian, alternativ etc.)	20 puncte/dispozitiv	2
17.	Echipament de elongaţie	15 puncte/echipament	2
18.	Covor rulant (echipament) pentru recuperarea mersului	15 puncte/ echipament	2
19.	Cicloergometru	10 puncte/ echipament	3
20.	Aparat pentru antrenarea echilibrului	20 puncte/aparat	2

21.	Aparat reabilitare mână	10 puncte/aparat	3
22.	Aparat reabilitare genunchi	10 puncte/aparat	3
23.	Aparat reabilitare gleznă	10 puncte/aparat	3
24.	Aparat multifuncțional pentru creșterea forței pe grupe musculare	15 puncte/aparat	3
25.	Bare paralele pentru reeducarea mersului	10 puncte/ echipament	3
26.	Cușcă Rocher	15 puncte/ echipament	3
27.	Platformă electrică de verticalizare la diverse unghiuri și încărcare procentuală a greutății	20 puncte/ echipament	2
28.	Covor rulant dotat cu echipament antigravitațional pentru reeducarea mersului	20 puncte/ echipament	2
29.	Aparat subacvatic de mobilitate și forță	30 puncte/aparat	2
30.	Covor rulant subacvatic de mers	30 puncte/ echipament	2
31.	Dispozitive robotizate pentru reeducarea membrului superior, membrului inferior, mersului și echilibrului	40 puncte/ dispozitiv	2
32.	Aparat pentru respirație cu presiune pozitivă intermitentă	15 puncte/aparat	2
33.	Dispozitiv mecanic pentru masaj pneumatic al extremităților	10 puncte/aparat	3
34.	Aparat pentru crioterapie	10 puncte/aparat	3

Punctajul pentru fiecare aparat, conform celor de mai sus, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%

Vechimile de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă şi limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcţionare conform Hotărârii Guvernului nr. 2139/2004, cu modificările şi completările ulterioare, pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea şi duratele normale de funcţionare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricaţie	Total puncte/ aparat	Total proceduri pe oră/aparat
1	2	3	4	5	6

TOTAL PUNCTE: .....

NOTA 1: La contractare, se va ţine cont de:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform tabelului de mai sus;

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de balneofizioterapie cu pregătire superioară sau medie de specialitate, asistentul medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare, precum şi de către fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-

o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/oră; numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către maseuri şi băieşi care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 4 proceduri/oră.

În situaţia în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mic decât cel prevăzut la lit. a), punctajul total aferent lit. A.1 se înmulţeşte cu raportul calculat între numărul de proceduri de la lit. b) şi numărul de proceduri de la lit. a).

În situaţia în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la lit. b) este mai mare decât cel prevăzut la lit. a), se acordă punctajul aferent lit. A. 1.

NOTA 2:

In cazul aparatelor de terapie combinata, acestea vor fi punctate pentru două funcţii ce pot fi realizate concomitent, indiferent de numărul şi tipurile funcţiilor din fişa tehnică, fiind punctate două funcţii, cu punctajul cel mai mare.

NOTA 3:

Punctajele pentru lit. A 1 se acordă numai pentru încadrarea cu personal de specialitate.

A.2. Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafaţa utilă a sălii este între 8 - 15 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 3 şi minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură/

- Suprafaţa utilă a sălii este între 16 - 30 mp şi dotare corespunzătoare conform Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 6 şi minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură.

- Suprafaţa utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie şi dotare superioară faţă de prevederile Ordinului MSP 153/2003, cu modificările şi completările ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienţi este 8 indiferent de mărimea sălii şi minim doi fizioterapeuţi/asistenţi medicali de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură.

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 16 puncte şi minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte şi minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură;

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc şi are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte şi minim doi fizioterapeuţi/asistenţi medicali de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/tură.

TOTAL puncte resurse tehnice .....

NOTA 1: Sala de kinetoterapie şi bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor îşi desfăşoară activitatea cel puţin un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare/în funcţie de dimensiunile sălii/bazinului. Punctajele pentru lit. A.2 şi A.3 se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare) pentru o normă întreagă (7 ore). Pentru fracţiuni de normă, punctajele aferente lit. A.2 şi A.3 se ajustează proporţional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează şi pentru alte activităţi în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 60%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu- obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depăşeşte o normă întreagă se acordă punctaj şi pentru fracţiunea de normă lucrată ce depăşeşte norma întreagă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un asistent balneofizioterapie, asistent medical de balneofiziokinetoterapie şi recuperare, maseur, băieş - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. fizioterapeut - 15 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore

b. asistent balneofizioterapie/asistent medical de balneofiziokinetoterapie si recuperare - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore

c. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore	Punctaj

d. băieş - 10 puncte/1 normă

Nume şi prenume	Număr de ore

TOTAL PUNCTE .....

Program de activitate săptămânal al furnizorului/punctului de lucru - 7 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Peste 5 zile/săptămână = câte 1 punct pentru fiecare zi în plus
- Pentru 2 x 7 ore/5 zile pe săptămână = 5 puncte
- 5 zile/săptămână/mai mult de 7 ore pe zi şi mai puţin de 14 ore pe zi = punctaj proporţional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte .....

Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obţinut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ANEXA 11 B
- **model –**

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE DIN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE/ UNITATEA SANITARĂ CU PATURI…….....
C.U.I. …….. .....
Nr. contract ..... …….încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
NUME MEDIC……..
COD PARAFĂ MEDIC……..

PLAN DE PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ŞI DE REABILITARE Nr. ..../.....*)

Numele şi prenumele asiguratului .....
Codul numeric al asiguratului/cod unic de asigurare……..
Diagnostic medical şi diagnostic boli asociate……
(Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice)
Perioada pentru care se recomandă procedure specifice de medicină fizică şi de reabilitare **)……
Număr telefon asigurat .....
Domiciliul Asiguratului.....

PLAN TERAPEUTIC

Nr. Crt	Denumire proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare cf. Anexei nr. 10 la Ordinul MS/CNAS nr..... /...../2023	Număr proceduri**)	Durata procedurii	Indicații specifice

Indicaţie de revenire pentru reevaluare:

- ☐ da, revine pentru reevaluare în termen de .....

- |_| nu, nu este necesară revenirea pentru reevaluare

Termenul de valabilitate al Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare este de: .....zile, dar nu mai mult de 90 de zile calendaristice de la data emiterii Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare, fără a lua în calcul ziua în care a fost emis planul.
Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi cu excepţia pacienţilor cu diagnostic confirmat de accident vascular cerebral in primele 4 luni, pentru paralizie cerebrală, si pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare şi pentru pacientele cu anexectomie, pentru marii arşi în primele 4 luni de la externare, când se decontează proceduri medicale specifice de medicină fizică şi de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracţionate în maximum două fracţiuni, în funcţie de afecţiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică şi de reabilitare.

---

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.
**) Numărul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare recomandate este de maxim 4 proceduri/asigurat in conformitate cu prevederile pct. 1.1.2 din Anexa 10 la Ordinul ministrului sănătății şi al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr...../...../2023.
NOTĂ:

1. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în care este nominalizat furnizorul de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.
2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în baza Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare care nu cuprind diagnosticul stabilit, denumirea şi specificațiile procedurilor specifice, conform Anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății şi al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr..../...../2023.
3. Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu pot încasa de la asiguraţi doar suma corespunzătoare coplăţii pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază. Valoarea coplăţii, între 5 şi 10 lei pe seria de proceduri, este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii şi nu este percepută categoriilor de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
4. Medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare care efectuează consultaţia în urma căreia întocmeşte Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare nu încasează sume pentru eliberarea acestui document.
5. În Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare folosit în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se vor recomanda maxim 4 proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare.

Data, numele şi prenumele în clar şi semnătura asiguratului,	Semnătura şi parafa medicului
....	.....

Calea de transmitere:
- |_| prin asigurat
- |_| prin mijloace de comunicare electronică.....

Planul de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice, iar un exemplar este înmânat/transmis asiguratului.

ANEXA 12

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI….., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail ....., reprezentată prin director general .....

şi

- unitatea sanitară ambulatorie de medicină fizică şi de reabilitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;
- cabinetul medical de specialitate ....., organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, reprezentat prin .....;
- societatea de turism balnear şi de recuperare, constituită potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare medicală, aprobată prin Legea nr. 143/2003 ..... reprezentată prin .....;
- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/oraşul .....CUI...., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail .....
- Centrul de sănătate multifuncţional - unitate cu personalitate juridică (autorizat, şi*) evaluat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare, potrivit dispoziţiilor legale în vigoare) ....., având sediul în municipiul/oraşul .....CUI..., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresa e-mail ....., fax ..... reprezentat prin .....;

NOTĂ:

În situaţia în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenţia distinct, fiind menţionate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023

III. Serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu

ART. 2

Furnizorul acordă tipurile de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu asiguraţilor, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de

Asigurări de Sănătate nr. .../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu se face de către următorul personal medico sanitar:

1. .....;
2. .....;
3. .....

ART. 4

Serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..../..../2023.

IV. Durata contractului

ART. 5

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 6

Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate .

V. Obligaţiile părţilor

ART. 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, în ambulatoriu la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-Cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale, cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii

web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor, motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..../..../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .../..../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023;

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică şi de reabilitare aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

o) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

p) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu care se află în relaţii contractuale.

ART. 8

Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de

Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să ţină evidenţa serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata serviciului prin completarea unei fişe de tratament întocmite conform recomandărilor din Planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică şi de reabilitare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde asiguraţilor serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru să fie acoperit de fizioterapeut/fizioterapeuţi care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

i) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

k) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond;

l) să acorde servicii de asistenţă medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu asiguraţilor numai pe baza Planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..../...../2023; să nu acorde servicii de asistenţă medicală de medicină fizică şi de reabilitare asiguraţilor în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii

Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordă servicii medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza Planului proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..../...../2023;

m) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul on-line pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

n) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

p) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.

q) să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificaţiilor tehnice;

VI. Drepturile furnizorului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

ART.9

Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu are următoarele drepturi:

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

b) să fie informat de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme;

f) să fie îndrumat în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 10

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - zi de tratament, exprimat în lei, pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..../..../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

ART. 11

(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - Zile de tratament Negociat (orientativ)	Tarif pe serviciu medical - zi de tratament*)	Valoare lei
0	1	2	3=1*2
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri cu următoarele tarife/zi de proceduri			
50 LEI			
80 LEI			

*) Tarifele pe serviciu medical - zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023 şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - zi de tratament şi numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 12

(1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare, acordate în ambulatoriu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de zile de tratament medicină fizică şi de reabilitare realizate în ambulatoriu şi a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de .....
Tarifele pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc după cum urmează:
- 3 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32, 33 -34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 67,50 lei;
- 2 proceduri dintre care una dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 55,00 lei;
- o procedură dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 42,50 lei;
- 2 proceduri dintre cele prevăzute la poziţiile 1, 26 - 29, 32, 32 – 34, 38 şi 54, tariful pe zi este de 80 lei.
Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.
Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârşitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

În trimestrul IV, al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare punct de lucru cu care s-a încheiat contractul:

a) Fizioterapeut

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Categorie personal medico-sanitar

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

NOTA În cazul ambulatoriului integrat al spitalului şi din centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit în ambulatoriului integrat al spitalului, precum şi cu datele aferente tuturor persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului.

ART. 13

Plata serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, acordate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....

VIII. Calitatea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

ART. 14

Serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 15

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 16

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

X. Clauze speciale

ART. 17

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 18

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului

ART. 19

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii,

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii;

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 lit. a), c), d), g), i), j), m) şi p) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 lit. f), h) şi k) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deține acest document

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) – (4), (6) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care a nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) – (4), (6) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) – (4), (6) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin.(1) – (4), (6) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

ART. 20

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 42 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; 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 situaţie.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ certificat de membru OAMGMAMR nu este avizată/ avizat pe perioada cât fizioterapeutul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situaţii care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. f) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării

ART. 21

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a fizioterapeutului /personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 19 alin. (1) - (4).

ART. 22

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, după caz;

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 20 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 23

(1) Situaţiile prevăzute la art. 21 şi la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 22 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 24

Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XII Corespondenţa

ART. 25

Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 26

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 27

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa de medicină fizică şi de reabilitare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 28

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 29

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în bazele de tratament în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,

....

Director executiv al Direcţiei
economice,
.....

Director executiv al Direcţiei
Relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 13

LISTA
cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
2. Malformaţii congenitale şi boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficienţă cardiacă cronică
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo şi exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpura trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotică trombocitopenică
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Tulburări psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburări schizotipale şi delirante, grup diagnostic tulburări ale dispoziţiei, autism, ADHD, boli psihice la copii), tulburare obsesiv-compulsivă, tulburări de neurodezvoltare la copii şi adulți, tulburare posttraumatică de stres, tulburări specifice de personalitate.
23. Miastenia gravis

24. Bolnavi cu revascularizaţie percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecţiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronşic
28. Boli degenerative ale ochiului (glaucom şi boli maculare)
29. Statuspost AVC
30. Boala celiacă la copil
31. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Crohn şi colita ulceroasă)
32. Sindromul Schwachmann
33. Hepatita cronică de etiologie virală B, C şi D şi ciroza hepatică în tratament cu imuno-modulatoare sau analogi nucleotidici/nucleozidici
34. Boala Hirschprung
35. Bolile nutriţionale la copii (malnutriţia protein-calorică la sugar şi copii, anemiile carenţiale până la normalizare hematologică şi biochimică) şi obezitatea pediatrică
36. Bronşiectazia şi complicaţiile pulmonare supurative
37. Scleroza multiplă
38. Demenţe degenerative, vasculare, mixte
39. Starea posttransplant
40. Insuficienţa renală cronică - faza de dializă
41. Bolile rare prevăzute în Programele naţionale cu scop curativ
42. Afecţiuni oncologice şi oncohematologice
43. Diabetul zaharat cu sau fără complicaţii
44. Boala Gaucher
45. Boala Graves-Basedow şi alte forme de hipertiroidism
46. Dermatită atopică
47. Boala Cushing
48. Paraliziile cerebrale
49. Epilepsia
50. Boala Parkinson
51. Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever
52. Afecţiuni ale copilului 0 - 1 an
53. Anomalii de mişcare binoculară (strabism, forii) copii 0 - 18 ani
54. Vicii de refracţie şi tulburări de acomodare copii 0 - 18 ani
55. Afecţiuni ale aparatului lacrimal (0 - 3 ani)
56. Infarctul intestinal operat
57. Arteriopatii periferice operate
58. Insuficienţă respiratorie cronică severă
59. Hemofilie, deficitul congenital de factor VII, trombastenia Glanzmann, talasemie
60. Sifilisul genital primar şi sifilisul secundar al pielii şi mucoaselor
61. HIV/SIDA
62. Hemipareze, parapareze şi tetrapareze indiferent de etiologie.

NOTA 1: Prezentarea la medicul/medicii din specialitatea/specialităţile care tratează afecţiunile de mai sus se face direct fără bilet de trimitere.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze, cel puţin o dată pe an, medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit sau nu schimbări în evoluţia bolii şi în atitudinea terapeutică.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidenţiat management de caz.

ANEXA 14

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei –	Suma decontată de CAS		
			Copii 0 – 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.*)	Consultaţie - include controlul oncologic stomatologic, evidenţierea plăcii bacteriene prin colorare, după caz şi planul de tratament *) Se decontează o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani şi o consultaţie la 6 luni pentru copiii până la 18 ani.	149	100%	100%	100%
2.	Tratamentul cariei simple	157	100%	100%	100%
2.1.	Obturaţia dintelui după tratamentul afecţiunilor pulpare sau al gangrenei	207	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgenţă al traumatismelor dento-alveolare/ dinte	196	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare cu anestezie	269	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	314	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului cu anestezie	131	100%	100%	100%
7.1.	Tratamentul afecţiunilor mucoasei bucale	76	100%	60%	100%

8.	Extracţia dinţilor temporari cu anestezie	76	100%	60%	100%
9.	Extracţia dinţilor permanenţi cu anestezie	162	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar şi tratamentul hemoragiei **) În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate	112	100%	100%	100%
11.	Decapuşonarea	87	100%		
12.	Reducerea luxaţiei articulaţiei temporo-mandibulare	86	100%	100%	100%
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se decontează o dată la 4 ani.	1145		100%	100%
13.1. ****)	Reparaţie proteză ****) Se decontează de două ori pe an.	138		100%	100%
13.2. ****)	Rebazare proteză ****) Se decontează de două ori pe an	202		100%	100%
14.	Element protetic fizionomic	224	100%	60%	100%
15.	Element protetic semi-fizionomic	258	100%	60%	100%
16.	Reconstituire coroană radiculară	263	100%	60%	100%
17. *****)	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiţă şi capelină	866	100%		
18.	Reeducarea funcţională prin exerciţii, miogimnastică, etc./şedinţă	22	100%		
19. *****)	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	1.094	100%		
20.	Şlefuirea în scop ortodontic/ dinte	28	100%		
21. *****)	Reparaţie aparat ortodontic *1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonţie şi ortopedie dento-facială.	583	100%	100%*1)	

22.	Menţinătoare de spaţiu mobile	656	100%		
23. ******)	Sigilare/dinte ******) O procedură decontată la 2 ani.	108	100%		
24.	Fluorizare (pe o arcadă dentară) *2) se decontează pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 şi 14 ani	94	100%*2)		
25.	Detartraj cu ultrasunete și periaj profesional /ambele arcade/un serviciu/an/CNP	150	100%	100%	100%

NOTĂ: În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani - numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţii de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenţi, studenţii-doctoranzi care desfăşoară activităţi didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 - 6 ore convenţionale didactice pe săptămână, precum şi persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldaţi sau gradaţi profesionişti şi dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru care în tabelul de mai sus este prevăzut procentul de 60%.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentişti/medicii stomatologi, cu excepţia celor de la codurile 17, 19 şi 21 din tabel.

2. Serviciile de medicină dentară de urgenţă sunt prevăzute la codurile 2.2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13.1, 13.2 şi 21 din tabel.

3. Dentiştii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 2.1, 4, 23 şi 25 din tabel.

4. Formula dentară:

Dinţi permanenţi:

11 - incisiv central dreapta sus
12 - incisiv lateral dreapta sus
13 - canin dreapta sus
14 - primul premolar dreapta sus
15 - al doilea premolar dreapta sus
16 - primul molar dreapta sus
17 - al doilea molar dreapta sus
18 - al treilea molar dreapta sus
21 - incisiv central stânga sus
22 - incisiv lateral stânga sus
23 - canin stânga sus
24 - primul premolar stânga sus
25 - al doilea premolar stânga sus
26 - primul molar stânga sus
27 - al doilea molar stânga sus
28 - al treilea molar stânga sus
31 - incisiv central stânga jos
32 - incisiv lateral stânga jos
33 - canin stânga jos
34 - primul premolar stânga jos
35 - al doilea premolar stânga jos
36 - primul molar stânga jos
37 - al doilea molar stânga jos

38 - al treilea molar stânga jos
41 - incisiv central dreapta jos
42 - incisiv lateral dreapta jos
43 - canin dreapta jos
44 - primul premolar dreapta jos
45 - al doilea premolar dreapta jos
46 - primul molar dreapta jos
47 - al doilea molar dreapta jos
48 - al treilea molar dreapta jos
Dinţi temporari
51 - incisiv central dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv central stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - molar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv central stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - molar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv central dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

5. În cazul dinţilor supranumerari se indică codul dintelui cu specificaţia "supranumerar".

Dată fiind incidenţa dinţilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinţi supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară şi panoramică) şi tomografii dentare CBCT (mandibulară, maxilară şi bimaxilară) cuprinse în anexa nr. 17 la ordin ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizaţiile necesare efectuării acestor servicii şi dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7. Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevăzute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 şi 13 se suportă din fond în mod diferenţiat, după cum urmează:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004 a recunoştinţei pentru victoria Revoluţiei Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Braşov din noiembrie 1987 şi pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977, cu modificările şi completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătăţii, Ministerului Apărării Naţionale şi Ministerului Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;

- pentru celelalte categorii de asiguraţi beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%;

8. Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20 şi 23 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.

9. Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă organizată conform legii.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif – lei –	Suma decontată de CAS
1.*)	Consultaţie - include controlul oncologic stomatologic, evidenţierea plăcii dentare prin colorare, după caz şi planul de tratament *) Se decontează o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru persoanele peste 18 ani şi o consultaţie la 6 luni pentru copiii până la 18 ani.	149	100%
2.2.	Tratamentul de urgenţă al traumatismelor dento-alveolare/dinte	196	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	78	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	190	100%
7.	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului cu anestezie	131	100%
10. *)	Chiuretaj alveolar şi tratamentul hemoragiei *) În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.	112	100%
12.	Reducerea luxaţiei articulaţiei temporo- mandibulare	86	100%
13.1**)	Reparaţie proteză **) Se decontează o dată pe an.	138	100%
13.2**)	Rebazare proteză **) Se decontează o dată pe an.	202	100%

NOTĂ:

1. Dentiştii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1 şi 4 din tabelul de la litera B.

2. Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă organizată conform legii.

3. Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate - radiografii dentare, tomografii dentare CBCT şi tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/ REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. B din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul şederii temporare în România.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. A din prezenta anexă, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. A din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la lit. B din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 15

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

ART. 1 Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical în lei.

ART. 2 Lista serviciilor medicale de medicină dentară şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 3 (1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicină dentară/dentişti se au în vedere:

a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;

b) numărul de medici de medicină dentară şi dentişti care intră în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obţinut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;

d) pentru medicii din mediul rural suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%;

e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel naţional este de 6.000 lei/lună. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract. Furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 10%, cu excepţia lunii decembrie, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(3) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract şi se repartizează proporţional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract.

Dacă din valoarea trimestriala de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data încheierii actului adiţional.

Prin excepţie, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate, faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract.

Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentand un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

(4) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 4 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităţilor de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 5 Casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 14 la ordin.

ART. 6 Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea

decontării şi se validează conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 7 Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 14 la ordin se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 8 În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi numai medici dentişti/medici stomatologi şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal, în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare. Medicii dentişti/medicii stomatologi sau dentiştii angajaţi în cabinete medicale individuale nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii dentişti/medicii stomatologi/dentiştii pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale medicilor de medicină dentară întâlniri cu medicii de medicină dentară pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de medicină dentară din ambulatoriu măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 16
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., CUI .....,….. str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:
- cabinetul individual ....., CUI..... reprezentat prin medicul dentist/medicul stomatolog/dentistul titular .....;
- cabinetul asociat sau grupat ....., CUI..... reprezentat prin medicul dentist/medicul stomatolog/dentistul delegat .....;
- societatea civilă medicală ....., CUI..... reprezentată prin administrator .....;

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., CUI.... reprezentată prin .....;

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii ....., CUI..... reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, CUI…... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament, centru medical şi unitatea medicală cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ..... CUI, ..., str. ..... nr. ....., bl. ….., sc. ....., et. ....., ap. ..... judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

- Centrul de sănătate multifuncţional (cu sau fără personalitate juridică), inclusiv cele aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ..... CUI, ..., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ..... judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresa de e-mail ....., fax ....., reprezentat prin .....

NOTĂ: În situaţia în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenţia distinct, fiind menţionate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, în următoarele specialităţi:

a) .....

b) .....

c) .....

.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentişti/medici stomatologi/dentişti:

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 6 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să actualizeze în PIAS, permanent, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să contracteze şi să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară, radiografie panoramică şi tomografie dentară CBCT), numai dacă medicii stomatologi au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../... ../2023.

l) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile stabilite în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../.... ./2023;

m) să pună la dispoziţia furnizorilor de servicii de medicină dentară cu care se află în relaţii contractuale, formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

n) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii de medicină dentară cu care se află în relaţii contractuale.

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii:

a) să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil),

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare şi partea de contribuţie personală suportată de asigurat; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul stomatolog/dentistul eliberează scrisoare medicală pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de

prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifică prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, cu cel puţin trei zile înainte datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicu lui prescriptor;

l) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate şi a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

o) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

p) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

q) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul on-line pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

r) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

s) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. r) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ş) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în

domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală

t) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară

Art. 8

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023, în limita valorii de contract;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre tariful serviciului medical prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023 şi suma decontată de casele de asigurări de sănătate corespunzătoare aplicării procentului de compensare la tariful serviciului medical, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023;

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

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la valoarea de contract stabilită în contractual încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin afişare într-un loc vizibil.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical în lei.

ART. 10 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 14 respectiv în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet/medic, stabilită conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul menţionat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de ....., pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist/ medic stomatolog/dentist din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist/medic stomatolog/dentist
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
b) Medic dentist/ medic stomatolog/dentist
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
c) .....
.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

VIII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 12 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

X. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

ART. 16 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g), i) - l), n, o), q), ş) şi t), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii şi tomografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente, constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. f), h) şi m) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. p), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. p) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora;

suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anularii acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncţionale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMSR/membru al OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de medicină dentară.

ART. 18 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii de medicină dentară 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 îşi 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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, documentele solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost effectuate, cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) 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 cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (1) - (4).

ART. 19 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

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

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor 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 puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

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

(5) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 20 Situaţiile prevăzute la art. 18 şi la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. a2 - a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu/prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 22 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 23 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 24 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea. Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	
.....	

ACT ADIŢIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară, radiografia dentară panoramică și tomografiile dentare CBCT efectuate de medicii de medicină dentară
Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 17

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

1. Lista investigaţiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
		Hematologie	
1.	2.6001	Hemoleucogramă completă *1)*16) - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari	14,62
2.	2.6002	Numărătoare reticulocite	7,58
3.	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	24,29
4.	2.6040	VSH*1)	2,74
5.	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1) *16)	9,84
6.	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1) *16)	10,28
7.	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă*16)	10,16
8.	2.6101	Timp Quick şi INR*1) *16) (International Normalised Ratio)	15,32
9.	2.6102	APTT*16)	15,51
10.	2.6103	Fibrinogenemie*1) *16)	14,28
		Biochimie - serică şi urinară	
11.	2.1002	Proteine totale serice*1) *16)	7,65
12.	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	16,52
13.	2.10063	Feritină serică*1) *16)	40,00
14.	2.1011	Uree serică*1) *16)	6,11
15.	2.1012	Acid uric seric*1) *16)	6,11
16.	2.1014	Creatinină serică*1) *16), cu estimarea ratei de	6,18

		filtrare glomerulară**)	
17.	2.1015	Bilirubină totală*1) *16)	6,37
18.	2.1016	Bilirubină directă*1) *16)	6,37
19.	2.1020	Glicemie*1) *16)	5,99
20.	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,99
21.	2.10304	HDL colesterol*1)	8,55
22.	2.10305	LDL colesterol*1)	8,02
23.	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,35
24.	2.10402	TGP*1) *16)	6,11
25.	2.10403	TGO*1) *16)	6,08
26.	2.10404	Creatinkinaza CK*1)	12,61
27.	2.10406	Gama GT*1) *16)	8,34
28.	2.10409	Fosfatază alcalină*1) *16)	8,13
29.	2.10500	Sodiu seric*1) *16)	10,44
30.	2.10501	Potasiu seric*1) *16)	11,96
31.	2.10503	Calciu seric total*1) *16)	5,60
32.	2.10504	Calciu ionic seric*1) *16)	8,22
33.	2.10505	Magneziemie*1) *16)	5,84
34.	2.10506	Sideremie*1) *16)	7,41
35.	2.10062	Transferină serică*1)	30,00
36.	2.10507	Fosfor (fosfat seric)*9)	13,00
37.	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1) *16)	9,75
38.	2.2604	Dozare proteine urinare*1) *16)	7,24
39.	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)*8)	28,7
40.	2.2622.1	Raport albumină/creatinină într-un eșantion de urină spontană*1) *8)	45,00
41.	2.43092	Albumină serică*8) *16)	14,00
42.	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	7,24
43.	2.2623	Creatinină urinară*8)	10,78
44.	2.1020.1	TTGO (test de toleranta la glucoza per os) *10) *16)	35,00
45.	2.1026	HBA1c *10) *16)	38,00
46.	2.10412	Alfa Amilaza serică	15,00
47.	2.10413	Lipaza serică	15,00
48.	2.10400	Lactatdehidrogenaza (LDH)	10,00
49.	2.1065	Rezervă alcalină (determinarea Bicarbonatului seric)	23,56
50.	2.1071	Vitamina B 12 *1)	38,00
51.	2.1074	Acid folic *1)	48,00
		Imunologie şi imunochimie	
52.	2.2500	TSH*1) *16)	21,39
53.	2.2502	FT4*1) *16)	21,74
54.	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	47,50
55.	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH	30,04

56.	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	30,04
57.	2.2514	Cortizol	35,14
58.	2.2521	Testosteron	39,27
59.	2.2522	Estradiol	31,07
60.	2.2523	Progesteron	33,02
61.	2.2525	Prolactină	31,92
62.	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	44,21
63.	2.327092	Ag HBs*1) *16)	35,22
64.	2.327093	Anticorpi Anti HCV*1) *16)	64,90
65.	2.32710	Testare HIV la gravidă*1) *16)	41,98
66.	2.40000	ASLO*1)	12,98
67.	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1) *16)	6,68
68.	2.40013	Confirmare TPHA*4)	14,70
69.	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	43,48
70.	2.430011	Complement seric C3	14,14
71.	2.430012	Complement seric C4	14,14
72.	2.43010	IgG seric	19,27
73.	2.43011	IgA seric	19,27
74.	2.43012	IgM seric	19,70
75.	2.43014	IgE seric	18,02
76.	2.40053	Proteina C reactivă*1) *16)	11,60
77.	2.43040	Factor reumatoid*1)	10,15
78.	2.43044	ATPO	42,39
79.	2.43135	PSA*1)	24,07
80.	2.43136	free PSA*6)	31,83
		Microbiologie	
		Exudat faringian	
81.	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian*1) *16), cultură şi identificare streptococi beta-hemolitici gr. A, C, G	16,62
82.	2.50102	Examen fungic din exsudat faringian *11) - cultură şi identificare până la nivel de specie	19,95
		Examen urină	
83.	2.3100	Urocultură*1) *16) - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	15,96
		Examene materii fecale	
84.	2.3062	Coprocultură*1) - cultură şi identificare bacteriană	19,95
85.	2.5100	Examen coproparazitologic*1)	13,54
86.	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	31,53
		Examene din secreţii genitale	
87.	2.3074	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi/sau colorat *1) *16)	19,95
88.	2.30701	Examene din secreţii cervicale - cultură şi	20,00

		identificare bacteriană	
89.	2.30741	Examene din secreţii vaginale – cultură şi identificare bacteriană	20,00
90.	2.30643	Examene din secreţii vaginale - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
91.	2.30643.1	Examene din tampon rectal - portaj Streptococcus agalactiae la gravide*16), prin metode de cultivare	20,61
92.	2.50114	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică*1) *16)	19,95
		Examene din secreţii uretrale	
93.	2.3080	Examene din secreţii uretrale*1) - microscopic colorat, cultură şi identificare bacteriană	20,61
		Examene din secreţii otice	
94.	2.3050	Examen din secreţii otice *12) - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană	20,61
		Examene din secreţii nazale	
95.	2.3022	Examen bacteriologic exudat nazal cultură şi identificare Staphylococcus aureus (MRSA/MSSA) *13)	18,62
		Examene din secreţii conjunctivale	
96.	2.3040	Examen microbiologic din secreţii conjunctivale*14) – Examen microscopic, cultură şi identificare bacteriană	20,61
		Examene din colecţie purulentă	
97.	2.5032	Examen bacteriologic din colecţie purulentă *1) - Examen microscopic colorat, cultură şi identificare bacteriană	20,61
98.	2.501202	Examen fungic din colecţie purulentă *15) - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică	20,61
		Testarea sensibilităţii la substanţe antimicrobiene şi antifungice	
99.	2.313	Antibiogramă*5)	15,42
100.	2.502	Antifungigramă*5)	19,61
		Examinări histopatologice, citologice şi imunohistochimice	
101.	2.90211	Examen histopatologic procedura completă HE (1 - 3 blocuri)*7)	145,00
102.	2.90212	Examen histopatologic procedura completă HE (4 -	280,00

		6 blocuri)*7)	
103.	2.90101	Examen histopatologic procedura completă HE şi coloraţii speciale (1 - 3 blocuri)*7)	190,00
104.	2.90102	Examen histopatologic procedura completă HE şi coloraţii speciale (4 - 6 blocuri)*7)	320,00
105.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	240/set
106.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii la parafină (1 - 3 blocuri)	134,80
107.	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau*1) *16)	48,70
108.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie	89,00

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 1 - 4 teste şi se decontează maxim 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialităţile oncologie şi hematologie sau fără recomandarea medicului specialist pe răspunderea medicului de specialitate anatomie patologică atunci când apreciază necesar pentru stabilirea diagnosticului.

**) Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice. În situaţia în care pe buletinele de analiză nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigaţia nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

*1) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie şi de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de îngrijiri paliative care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic.

*2) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie numai pentru gravide şi contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din specialităţile clinice, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialităţile clinice, pe răspunderea medicului de laborator/microbiologie medicală. Se decontează o antibiogramă/antifungigramă, după caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

*6) Se recomandă pentru bolnavii cu afecţiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialităţile clinice oncologie şi hematologie şi de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferenţial al cancerului de prostată. Această investigaţie se decontează şi fără recomandarea medicului de specialitate din specialităţile clinice, numai pentru valori determinate ale PSA care depăşesc 4 nanograme/ml sau 4 micrograme/litru, prin decizia medicului de laborator.

*7) Tariful cuprinde bloc inclus la parafină, secţionare, colorare hematoxilin-eozină şi diagnostic histopatologic.

*8) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie, pentru asiguraţii care au evidenţiat pe biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice management de caz.

*9) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie pentru copiii cu grupa de vârstă 2 - 5 ani inclusiv, în cadrul serviciilor medicale preventive.

*10) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, pentru asiguraţii adulţi care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc

pentru diabetul zaharat, cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni.

*11) Investigații ce pot fi solicitate de către medicii cu specialitatea boli infecțioase, oncologie și de medicii specialiști care supraveghează bolnavii cu transplant.

*12) Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialitatea ORL.

*13) Investigația se recomandă numai în contextul unor infecții tegumentare recurente care sugerează existența portajului.

*14)Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialitatea oftalmologie.

*15) Investigații ce pot fi solicitate și recoltate de către medicii cu specialități chirurgicale.

*16) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și ca urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluţiei sarcinii.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene şi fungice, preţul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultură şi identificare.

NOTA 3: Toate examinările histopatologice, citologice şi imunohistochimice (cu excepţia testelor imunohistochimice) din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4: Investigaţiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultaţiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, precum şi pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la lit. B din anexa nr. 1 la prezentul ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice şi are completat câmpul corespunzător prevenţiei.

NOTA 5: Pentru evaluarea periodică a pacienţilor deja diagnosticaţi cu diabet zaharat, HBA1c se recomandă şi se decontează în condiţiile prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naţionale cu scop curative.

2. Lista investigaţiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală şi medicină nucleară

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/ medicină nucleară	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigaţii convenţionale	
	1. Investigaţii cu radiaţii ionizante	
1.	Examen radiologic cranian standard*1)	40,35
2.	Examen radiologic cranian în proiecţie sinusuri anterioare ale feţei*1)	40,35
3.	Examen radiologic părţi schelet în 2 planuri*1)	40,35

4.	Radiografie de membre*1):	
	a.1) Braţ drept	40,35
	a.2) Braţ stâng	40,35
	b.1) Cot drept	40,35
	b.2) Cot stâng	40,35
	c.1) Antebraţ drept	40,35
	c.2) Antebraţ stâng	40,35
	d.1) Pumn drept	40,35
	d.2) Pumn stâng	40,35
	e.1) Mână dreaptă	40,35
	e.2) Mână stângă	40,35
	f.1) Şold drept	40,35
	f.2) Şold stâng	40,35
	g.1) Coapsă dreaptă	40,35
	g.2) Coapsă stângă	40,35
	h.1) Genunchi drept	40,35
	h.2) Genunchi stâng	40,35
	i.1) Gambă dreaptă	40,35
	i.2) Gambă stângă	40,35
	j.1) Gleznă dreaptă	40,35
	j.2) Gleznă stângă	40,35
	k.1) Picior drept	40,35
	k.2) Picior stâng	40,35
	l.1) Calcaneu drept	40,35
	l.2) Calcaneu stâng	40,35
5.	Examen radiologic articulaţii sacroiliace*1)	40,35
6.	Examen radiologic centură scapulară*1)	40,35
7.	Examen radiologic coloană vertebrală cervicală*1)	40,35
8.	Examen radiologic coloană vertebrală toracală*1)	40,35
9.	Examen radiologic coloană vertebrală lombosacrată*1)	40,35
10.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	40,35
11.	Examen radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri/Examen radiologic torace şi organe toracice*1)	40,35
12.	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	40,35
13.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast*1)	75,49
14.	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileocecală, cu substanţă de contrast*1)	110,00
15.	Examen radiologic colon dublu contrast	134,00
16.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	94,36

17.	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast	296,00
18.	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast	337,00
19.	Pielografie	337,00
20	Examen radiologie retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast	337,00
21.	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast	337,00
22.	Examen radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast	377,00
23.	Radiografie retroalveolară	20,22
24.	Radiografie panoramică	40,44
25.	Mamografie analogică în două planuri*1) - Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigaţia se efectuează pentru ambii sâni, cu excepţia situaţiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	42,61
26.	Mamografie digitală 2D *1) -Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere, investigaţia se efectuează pentru ambii sâni, cu excepţia situaţiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală -Tariful se referă la examinarea pentru un sân	96,07
27.	Mamografie cu tomosinteză unilaterală*3)	360,00
28.	Mamografie cu tomosinteză bilaterală*3)	500,00
29.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast	269,00
30.	Osteodensitometrie segmentară (DXA)*1)	27,18
	2. Investigaţii neiradiante	
31.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	70,44
32.	Ecografie abdomen*1)	53,92
33.	Ecografie pelvis*1)	40,44
34.	Ecografie a aparatului urinar/genital masculin	40,44
35.	Ecografie transvaginală/transrectală	67,40
36.	Ecografie Doppler cervical artere - carotide şi vertebrale	40,44
37.	Ecografie Doppler artere membre superioare	40,44
38.	Ecografie Doppler artere membre inferioare	40,44
39.	Ecografie Doppler alte artere	40,44
40.	Ecografie Doppler vene membre superioare	40,44
41.	Ecografie Doppler vene membre inferioare	40,44
42.	Ecografie Doppler alte vene	40,44
43.	Ecografie ganglionară	40,44
44.	Ecografie transfontanelară	53,92

45.	Ecografie de organ/articulaţie/părţi moi*2)	33,70
46.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II*4)	471,00
47.	Ecografie musculoscheletală	33,70
48.	Ecografie cutanată	33,70
49.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN*4)	107,00
50.	Senologie imagistică*1) - Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigaţia se efectuează pentru ambii sâni, cu excepţia situaţiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	52,18
51.	Ecocardiografie	53,92
52.	Ecocardiografie + Doppler	67,40
53.	Ecocardiografie + Doppler color	74,14
54.	Ecocardiografie transesofagiană	229,00
55.	Ecocardiografie de efort	203,00
	B. Investigaţii de înaltă performanţă	
56.	CT craniu nativ	156,00
57.	CT buco-maxilo-facial nativ	202,00
58.	CT regiune gât nativ	175,00
59.	CT regiune toracică nativ	228,00
60.	CT abdomen nativ	235,00
61.	CT pelvis nativ	235,00
62.	CT coloană vertebrală cervicală nativ	80,88
63.	CT coloană vertebrală toracală nativ	80,88
64.	CT coloană vertebrală lombară nativ	80,88
65.	CT membru superior drept nativ	80,88
66.	CT membru superior stâng nativ	80,88
67.	CT membru inferior drept nativ	80,88
68.	CT membru inferior stâng nativ	80,88
69.	CT mastoidă	202,00
70.	CT sinusuri	202,00
71.	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast	445,00
72.	CT hipofiză cu substanţă de contrast	505,00
73.	CT buco-maxilo-facial nativ şi cu substanţă de contrast	539,00
74.	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast	505,00
75.	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast	528,00
76.	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	469,00
77.	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	485,00

78.	CT coloană vertebrală cervicală nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	539,00
79.	CT coloană vertebrală toracală nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	539,00
80.	CT coloană vertebrală lombară nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	539,00
81.	CT membru superior drept nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	242,00
82.	CT membru superior stâng nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	242,00
83.	CT membru inferior drept nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	242,00
84.	CT membru inferior stâng nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos	242,00
85.	CT ureche internă	505,00
86.	Uro CT	539,00
87.	Angiografie CT membru superior drept	539,00
88.	Angiografie CT membru superior stâng	539,00
89.	Angiografie CT membru inferior drept	539,00
90.	Angiografie CT membru inferior stâng	539,00
91.	Angiografie CT craniu	539,00
92.	Angiografie CT regiune cervicală	539,00
93.	Angiografie CT torace	539,00
94.	Angiografie CT abdomen	539,00
95.	Angiografie CT pelvis	539,00
96.	Angiocoronarografie CT	943,00
97.	RMN craniocerebral nativ	585,00
98.	RMN sinusuri	606,00
99.	RMN torace nativ	606,00
100.	RMN gât nativ	606,00
101.	RMN coloana vertebrală cervicală nativ	489,00
102.	RMN coloana vertebrală toracică nativ	489,00
103.	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ	489,00
104.	RMN abdominal nativ	585,00
105.	RMN pelvin nativ	585,00
106.	RMN şold – articulaţie coxo femurală nativ	580,00
107.	RMN nativ genunchi drept	587,00
108.	RMN nativ genunchi stâng	587,00
109.	RMN nativ cot drept	587,00
110.	RMN nativ cot stâng	587,00
111.	RMN nativ gleznă dreaptă	587,00
112.	RMN nativ gleznă stângă	587,00
113.	RMN extremităţi nativ alte segmente	587,00
114.	RMN umăr nativ	606,00
115.	RMN umăr nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
116.	RMN torace nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
117.	RMN regiune cervicală nativ şi cu substanţă de contrast	850,00

118.	RMN cranio-cerebral nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
119.	RMN coloana vertebrală cervicală nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
120.	RMN coloana vertebrală toracală nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
121.	RMN coloana vertebrală lombosacrată nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
122.	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
123.	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
124.	RMN șold – articulație cox femurală nativ și cu substanță de contrast	850,00
125.	RMN extrem, nativ genunchi drept cu substanţă de contrast	850,00
126.	RMN extrem, nativ genunchi stâng cu substanţă de contrast	850,00
127.	RMN extremități nativ cot drept cu substanţă de contrast	850,00
128.	RMN extremități nativ cot stâng cu substanţă de contrast	850,00
129.	RMN extremități nativ gleznă dreaptă cu substanţă de contrast	850,00
130.	RMN extremități nativ gleznă stângă cu substanţă de contrast	850,00
131.	RMN extremități nativ alte segmente cu substanţă de contrast	850,00
132.	RMN cord nativ	606,00
133.	RMN cord nativ şi cu substanţă de contrast	850,00
134.	RMN hipofiză cu substanţă de contrast	850,00
135.	Uro RMN cu substanţă de contrast	1145,00
136.	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	539,00
137.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	539,00
138.	Angiografie RMN craniu	808,00
139.	Angiografie RMN abdomen	808,00
140.	Angiografie RMN pelvis	808,00
141.	Angiografie RMN membru superior drept	808,00
142.	Angiografie RMN membru superior stâng	808,00
143.	Angiografie RMN membru inferior drept	808,00
144.	Angiografie RMN membru inferior stâng	808,00
145.	Angiografie RMN alt segment	808,00
146.	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	539,00
147.	RMN abdominal cu substanţă de contrast şi colangio RMN	1078,00
148.	Colangio RMN	404,00
149.	RMN sâni nativ	606,00
150.	RMN sâni nativ şi cu substanţă de contrast	850,00

151.	RMN whole-body	900,00
152.	Tomografie dentară CBCT mandibulară	200,00
153.	Tomografie dentară CBCT maxilară	200,00
154.	Tomografie dentară CBCT bimaxilară	300,00
	II. Medicină nucleară	
155.	Scintigrafia renală	606,00
156.	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală - 30/90 min. de la inj.)	606,00
157.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	606,00
158.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	606,00
159.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	606,00
160.	Scintigrafia osoasă localizată	606,00
161.	Scintigrafia osoasă completă	606,00
162.	Scintigrafia hepatobiliară	606,00
163.	Scintigrafia tiroidiană	606,00
164.	Scintigrafia paratiroidiană	606,00
165.	Limfoscintigrafia planară	606,00

NOTA 1:

*1) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Ecografie de organ - renală poate fi recomandată inclusiv de medicii de familie numai pentru boala cronică de rinichi, pentru asiguraţii care au evidenţiat pe biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice management de caz.

*3) Poate fi recomandată doar pentru femei care au fost diagnosticate cu afecțiuni oncologice.

*4) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate ca urmare a consultațiilor de monitorizare a evoluţiei sarcinii.

NOTA 2: Filmele radiologice şi CD-urile conţinând imaginile achiziţionate, link-ul de acces la imaginile radiologice, precum şi substanţele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicaţia de utilizare a substanţei de contrast aparţine medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală care va confirma utilizarea substanţei de contrast prin aplicarea parafei şi semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigaţiile cu substanţă de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate şi în cazul în care utilizarea substanţei de contrast a fost specificată în biletul de trimitere şi avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigaţie fără substanţă de contrast, urmată din necesitate de o investigaţie cu substanţă de contrast, se decontează numai tariful investigaţiei cu substanţă de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care îşi desfăşoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare, în condiţiile în care aceştia au atestatele de studii complementare corespunzătoare specialităţii, după caz şi dotarea necesară:

a) Serviciul prevăzut la poziţia 31 se decontează medicilor de familie şi medicilor de specialitate pentru specialităţi clinice;

b) Serviciile prevăzute la poziţia 32 şi 33 se decontează medicilor de specialitate pentru specialităţi

clinice;

c) Serviciul prevăzut la poziţia 34 se decontează medicilor din specialitatea urologie;

d) Serviciile prevăzute la poziţia 35 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie şi numai pentru afecţiuni urologice - prostată şi vezică urinară;

e) Serviciile prevăzute la poziţiile: 51, 52, 53 şi 55 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, cardiologie pediatrie, geriatrie şi gerontologie; serviciile prevăzute la poziţia 36, 37, 38, 39, 40, 41 şi 42 se decontează pentru medicii de specialitate din specialităţile clinice de cardiologie, medicină internă, nefrologie, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, chirurgie vasculară şi chirurgie cardiovasculară; serviciul prevăzut la poziţia 54 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie; serviciul prevăzut la poziția 47 se decontează numai pentru medicii din specialitatea clinică reumatologie și medicină fizică și de reabilitare; serviciul prevăzut la poziția 48 se decontează numai pentru medicii din specialitatea clinică dermatovenerologie;

f) Serviciul prevăzut la poziţia 43 se decontează medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generală, chirurgie orală şi maxilo-facială, pediatrie şi medicină internă;

g) Serviciile prevăzute la poziţia 44 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

h) Serviciile prevăzute la poziţia 45 (ecografie de organ/de părţi moi/de articulaţie) se decontează numai pentru medicii din specialităţile clinice: diabet, nutriţie şi boli metabolice, nefrologie, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, medicină fizică şi de reabilitare;

i) Serviciile prevăzute la poziţiile 46 şi 49 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;

j) Serviciile prevăzute la poziţia 50 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie dacă au atestat de senologie imagistică;

NOTA 5:

a) Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 2, 3, 4, 7, 8, 9, 23 şi 25, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic, minimum 2 incidenţe. Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 2, 3, 23 şi 25, în cazul explorării mai multor segmente se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea. Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 1, 10 şi 11, decizia efectuării celei de-a doua incidenţe este strict a medicului radiolog şi poate fi luată numai după efectuarea primei incidenţe.

b) Pentru serviciul prevăzut la poziţia 30 tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an, cu precizarea segmentelor de investigat;

c) În cazul investigaţiilor CT şi RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, pentru care medicul curant recomandă efectuarea anesteziei generale şi implicit prezenţa unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. În cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 20% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan. Majorarea se aplică la investigaţia cu tariful cel mai mic. Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spaţiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relaţiei de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigaţii sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă biletul de trimitere este însoţit de o copie a fişei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicului cu specialitatea ATI.

NOTA 6: Medicii de medicină dentara care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală stomatologică, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 23, 24, 152, 153 şi 154 respectiv radiografie retroalveolară, radiografie panoramică, tomografie dentară CBCT mandibulară, tomografie dentară CBCT maxilară şi tomografie dentară CBCT bimaxilară.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 31 respectiv

ecografie generală (abdomen + pelvis).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN **29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII**

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 respectiv la anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2 la ordin.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 18

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

ART. 1

Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

ART. 2

(1) La stabilirea sumei contractate pentru investigaţiile medicale paraclinice prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, de către:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),
- medicii de familie (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară),
- furnizorii de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară), cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere criteriile prevăzute în Anexa 19, respectiv Anexa 20 la ordin privind repartizarea sumelor.

(2) Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară, se stabileşte de către casa de asigurări de sănătate.
Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară.

(4) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunară contractată iniţial pe tipuri de investigaţii aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii nu pot fi contractate cu medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu care au încheiate acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice dacă suma contractată de aceştia este la maximum posibil potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

(5) Prin consum mediu lunar se înţelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice - pe tipuri de investigaţii paraclinice, decontate de casa de asigurări de sănătate.

Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie, imagistică medicală şi medicină nucleară a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Prin excepţie, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate, faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi

contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în prezentele norme.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în prezentele norme, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat. Pentru actele adiţionale ce au ca obiect serviciile medicale paraclinice efectuate de medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu, se pot contracta sume din fondurile suplimentare numai în situaţia în care nu se depăşeşte numărul maxim de servicii ce se pot efectua potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii.

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 10%, cu excepţia lunii decembrie, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

(8) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 şi 20 la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

ART. 3

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 17 la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate pentru investigaţiile paraclinice sunt cele prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) numai dacă furnizorul face dovada interpretării investigaţiei în maximum 5 zile lucrătoare de la efectuarea acesteia, prin semnătura medicului radiolog.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii generale (abdomen şi pelvis) furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară, precum şi radiografii şi tomografii dentare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, cuprinse în anexa nr. 17 la ordin, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevăzute în aceeaşi anexă, cu încadrare în valoarea de contract.

Pentru investigaţiile paraclinice pentru care medicii de familie, medicii cu specialităţi medicale clinice, inclusiv medicii de medicină dentară încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale,

programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, aceste investigaţii medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar faţă de cel contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice.

Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de familie, medicii cu specialităţile medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, nu poate fi mai mare de 3.

Numărul maxim de radiografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de medicină dentară, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară nu poate fi mai mare de 6.

Numărul maxim de tomografii dentare ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de medicină dentară, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară nu poate fi mai mare de 3.

ART. 4

(1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice este de până la 90 zile calendaristice.

Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice, citologice şi imunohistochimice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării şi transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidenţiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului. În situaţia în care, din motive obiective, investigaţiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare şi data programării, dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigaţii medicale paraclinice.

Pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice, citologice, imunohistochimice şi de microbiologie, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoţeşte proba/probele recoltate şi se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

La momentul prezentării la furnizorul de investigaţii paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigaţiilor, cu excepţia examinărilor histopatologice, citologice şi imunohistochimice, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigaţiilor.

Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în vederea efectuării unor examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice în regim ambulatoriu, asiguratul declară pe proprie răspundere că la momentul recoltării nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu

raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigaţiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere îşi pierde valabilitatea, cu excepţia biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu obligaţia prezentării de către asigurat a biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigaţii nu au fost făcute pe perioada internării.

Investigaţiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat, precum şi în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigaţii medicale paraclinice - dacă pe versoul biletului de trimitere nu este consemnată declaraţia asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepţia investigaţiilor medicale paraclinice de înaltă performanţă, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, şi numai dacă se prezintă de către asigurat biletul de externare/scrisoarea medicală din care să rezulte că aceste investigaţii nu au fost făcute pe perioada internării.

În situaţia în care casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital şi declaraţia pe propria răspundere consemnată pe versoul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice.

În situaţia în care casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital şi declaraţia pe propria răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice.

(5) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigaţiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale

internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice.

ART. 5

Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă care se întocmeşte în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere completat distinct pentru fiecare cod de investigaţie, se ataşează de către medicul trimiţător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului. Biletul de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară şi are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate ca urmare a acordării consultațiilor medicale pentru prevenție de către medicul de familie este de până la 60 zile calendaristice.

ART. 6

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 7

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu întâlniri cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 19

CRITERII

privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I

Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. a) Sunt autorizaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

b) Sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

c) Sunt acreditaţi, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare.

2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice şi imunohistochimice), cu excepția spitalelor cu peste 400 de paturi, precum şi a spitalelor de boli infecţioase şi de pneumoftiziologie, care efectuează examinări microbiologice, pentru care activitatea de microbiologie se organizează distinct ca laborator de microbiologie medicală. Dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua analizele medicale de laborator de la punctele 46, 47, 48, 49, 50, 51, 89, 90 şi 94 prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin se va face în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice, citologice şi imunohistochimice), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat şi prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obţinut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obţinut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceştia au cel puţin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecţionare aplicativă;

Pentru furnizorii care doresc să desfăşoare activitate în relaţie cu casa de asigurări de sănătate şi în zilele de sâmbătă şi duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligaţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obţinut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obţinut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceştia au cel puţin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecţionare aplicativă, care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate anatomie patologică. Pentru furnizorii care doresc să desfăşoare activitate în relaţie cu casa de asigurări de sănătate şi în zilele de sâmbătă şi duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligaţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puţin o normă/zi (6 ore).

În situaţia în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată şi avizată o structură care efectuează examinări histopatologice, citologice şi imunohistochimice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pentru:

• subcriteriul a) "îndeplinirea cerinţelor pentru calitate şi competenţă" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor paraclinice.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator au obligația îndeplinirii cerinţelor pentru calitate şi competenţă" – pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la prezentul ordin, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

• subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor paraclinice.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator au obligația îndeplinirii cerinţelor pentru "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale" – pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la prezentul ordin, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate “participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale” să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.

6. Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi şi consumabile, certifică respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatele, reactivii şi consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL II **Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ**

I. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%
2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor şi nici cele care nu au declaraţii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor.

Constatarea, ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii sau Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale (ANMDMR), conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis de ANMDMR, conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziţionate "second hand". Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 12 ani calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbişării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declaraţie de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător nu se punctează. Recondiţionarea (refurbişarea) se poate realiza doar în unităţile de producţie ale producătorului. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbişării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.

Aparatele mai vechi de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă şi limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcţionare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea şi duratele normale de funcţionare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

```
1. Hematologie:
1.1. Morfologie*)
a) - analizor până la 18 parametri inclusiv ..... 10 puncte
   - pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte
b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă
leucocitară completă - 5 DIF) ..... 25 puncte
- pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori .... se adaugă  5 puncte
- pentru mai mult de 22 de parametri ..... se adaugă  5 puncte
- pentru modul flowcitometric ..... se adaugă 10 puncte
```

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialişti cu specializare în hematologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la pct. 1.1.

1.2. Hemostază:
a) analizor coagulare semiautomat ..... 10 puncte
b) analizor de coagulare complet automat ..... 20 puncte

1.3.Imunohematologie:
a)manual ..... 2 puncte
b) echipament semiautomat pentru determinarea Grupelor sangvine RH….….5 puncte
c)echipament automat pentru determinarea Grupelor sangvine RH…….….10 puncte

NOTĂ: Sistemul automat este considerat sistemul care îşi pipetează singur şi în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât şi din reactiv. În fişele tehnice ale sistemelor speciale trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)
Aparat automat de citire VSH:
a) între 1 - 10 poziţii ..... 5 puncte
b) între 11 - 20 poziţii ..... 10 puncte
c) peste 21 poziţii ..... 15 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:
2.1. Bacteriologie
Metodă manuală
- identificarea germenilor ..... 10 puncte
- efectuarea antibiogramei ..... 8 puncte
2.2. Micologie:
Metodă manuală
- decelarea prezenţei miceliilor şi identificarea miceliilor ..... 10 puncte
- efectuarea antifungigramei ..... 8 puncte
2.3. Analizoare microbiologie (bacteriologie + micologie)
- analizor automat de microbiologie ..... 40 puncte
analizor automat de însămânţare a mediilor de cultură…..10 puncte
- analizor automat de microbiologie cu spectometrie de masă ..... 60 puncte
MALDI-Tof, pentru identificarea rapidă a germenilor patogeni
Se consideră analizor automat de microbiologie echipamentul care efectuează atât identificarea bacteriilor sau fungilor cât şi antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidităţii suspensiilor bacteriene cât şi galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.
- analizor semiautomat de microbiologie……10 puncte
Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate.
2.4. Parazitologie:
- examen parazitologie pe frotiu ..... 2 puncte
3. Biochimie serică şi urinară:
a) Analizoare pentru biochimie:
- a1 analizor semiautomat ..... 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat ..... 15 puncte
- a3 - analizor automat biochimie ..... 30 puncte
a3.1 pentru determinări prin turbidimetrie ..... se adaugă 10 puncte
a3.2 pentru modul ioni ..... se adaugă 15 puncte
a3.3 pentru viteza aparatului ..... se adaugă 0,06 puncte/probă/oră

```
Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat
sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera a1, a2 şi a3
b) Analizoare pentru electroforeză
- b1 analizor semiautomat ..............................  10 puncte
- b2 analizor automat ..................................  30 puncte
Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim
2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre
cele prevăzute la litera b)
c) Analizoare pentru examen de urină:
- c1 - analizor semiautomat ..............................   5 puncte
- c2 - analizor automat ..................................  20 puncte
Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim
2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre
cele prevăzute la litera c)
4. Imunologie şi imunochimie:
4.1. Serologie: ..........................................   2 puncte
4.2. Metoda ELISA
a1 - sistem semiautomatizat Elisa ....................... 15 puncte
a2 - sistem automatizat Elisa cu:
- o microplacă ..........................................  25 puncte
- două microplăci simultan ..................... se adaugă  5 puncte
- 4 microplăci simultan ........................ se adaugă 10 puncte
- 6 microplăci simultan ........................ se adaugă 15 puncte
4.3. Sisteme speciale
b1 - sisteme speciale semiautomate: ....................... 25 puncte
b2 - sisteme speciale automate: ........................... 50 puncte
```

• În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului prevăzut la punctul b2), pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,6 puncte. Viteza se ia în calcul o singură dată indiferent de numărul de metode al aparatului.

• În cazul analizoarelor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metodă de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.

NOTĂ: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care îşi pipetează singur şi în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât şi din reactiv. În fişele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se punctează maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat şi indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologie pe bază de Chemiluminiscenţă)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologie pe bază de Electrochemiluminiscenţă)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescentă de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologie de Chemiluminiscenţă pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologie pe bază de Imunofluorescenţă)
- ELFA cu detecţie în fluorescentă - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescentă
- TRACE - Emisie amplificată de europium

```
5. Citologie
Microscop optic cu examinare în lumină polarizată/UV .....  6 puncte
```

Microscop optic fără examinare în lumină polarizată/UV ... 4 puncte
6. Histopatologie
- Sistem automat de prelucrare a probelor ..... 40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)
- Sistem de colorare automată a lamelor ..... 15 puncte
- Procesor de ţesuturi - histoprocesor automat
fără vacuum ..... 5 puncte
- Procesor de ţesuturi - histoprocesor automat
cu vacuum ..... 6 puncte
- Aparat coloraţie automatizată histochimică ..... 5 puncte
- Aparat coloraţie automatizată imunohistochimie ..... 7 puncte
- microtom parafină ..... 5 puncte
- criotom ..... 7 puncte
- termostat pentru parafină ..... 1 punct
- platină sau baie termostatată ..... 1 punct
- balanţă analitică ..... 1 punct
- pH-metru ..... 1 punct
- masă absorbantă pentru vapori toxici ..... 1 punct
- baterie colorare manuală hematoxilină - eozină ..... 1 punct
- baterie manuală pentru imunohistochimie ..... 1 punct

NOTĂ: referitor la resursele tehnice nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puţin o persoană cu studii superioare de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă legală.

B. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
- direct medicului ..... 3 puncte
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet ..... 4 puncte

2. software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):
- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date ..... 10 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii:
a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări ..... 2 puncte/punct de lucru
b - chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului ..... 5 puncte.

4. Puncte de recoltare externe aflate în alte localităţi decât cele reşedinţă de judeţ, avand program 5 zile / saptamana , minim **7** ore / zi cu personal de recoltare dedicat …… 10 puncte pentru fiecare punct extern de recoltare; se punctează un singur punct de recoltare extern / localitate / furnizor;

Puncte de recoltare mobile, avand program 5 zile / saptamana , minim **7** ore / zi cu personal de recoltare dedicat ……20 puncte pentru fiecare punct mobil de recoltare;se punctează un singur punct mobil de recoltare/furnizor;

Pentru un program de lucru redus punctajul acordat se diminuează corespunzător.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 şi 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Punctajele se aplică în mod corespunzător şi laboratoarelor de anatomie-patologică.

C. Subcriteriul resurse umane

Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată.

1. medic primar de specialitate ..... 40 puncte;
2. medic specialist ..... 30 puncte;
3. chimişti medicali, biologi medicali, biochimişti medicali, principali ..... 25 puncte;
4. chimişti medicali, biologi medicali, biochimişti medicali, specialişti ..... 20 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti ..... 15 puncte;
6. farmacist cu drept de liberă practică ..... 15 puncte;
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare ..... 10 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare ..... 8 puncte;
9. cercetător ştiinţific CP 1 şi CP 2 în anatomie-patologică ..... 40 puncte;
10. cercetător ştiinţific CP 3 şi CS în anatomie-patologică ..... 30 puncte;
11. asistenţi de cercetare ştiinţifică în anatomie-patologică ..... 25 puncte;

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "îndeplinirea cerinţelor pentru calitate şi competenţă", în conformitate cu standardul SR EN ISO 15189 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică şi urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de Imunologie şi imunochimie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală de microbiologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Fiecare cod de investigaţie din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa nr. 17 la ordin reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulţi parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică şi urinară şi hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie şi imunochimie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie şi din celelalte domenii, altele decât cele menţionate la lit. b1) şi b2) pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar faţă de cele 4 participări obligatorii.

1. Laboratorul de analize medicale trebuie să facă dovada participării cu rezultate satisfăcătoare la schemele de intercomparare prin prezentarea de rapoarte de evaluare emise de furnizorul de scheme de intercomparare notificat de Ministerul Sanatatii, în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentului ordin.

2. La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior. O participare se defineşte ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control extern al calităţii. Mai multe rapoarte de evaluare pentru acelaşi material de control extern al calităţii se punctează drept o singură participare.

3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenţei de cel puţin 4 ori în anul anterior: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenţei pentru toţi analiţii la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenţei şi dovezi ale plăţilor efectuate şi în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenţei, care să conţină indicii statistici specifici laboratorului.

4. Actele doveditoare pentru participarea de cel puţin 4 ori/an la scheme de testare a competenţei în anul în curs: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenţei şi anexe din care să reiasă tipul analizelor şi frecvenţa cu care vor participa la schemele de testare a competenţei.

Pe parcursul derulării contractului obligaţia participării la schemele de testare a competenţei de cel puţin 4 ori/an rămâne valabilă în aceleaşi condiţii.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţia de analize medicale de laborator, stabilit în condiţiile art. 2 alin. (1) din anexa nr. 18 la ordin se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "îndeplinirea cerinţelor pentru calitate şi competenţă" şi 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru analize medicale de laborator şi pentru anatomie patologică se stabileşte de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător.

ANEXA 20

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară

CAPITOLUL I

Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. a) Sunt autorizaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

b) Sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Fac dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie - imagistică medicală şi/sau medicină nucleară din Lista de investigaţii paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară /punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, astfel:

a. Laborator de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie;

c. Ecografia Doppler de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, nefrologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, chirurgie vasculară şi chirurgie cardiovasculară;

d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color, Ecocardiografia de efort efectuate ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, neurologie;

e. Ecocardiografia transesofagiană ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie;

f. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;

g. Ecografia de pelvis şi de abdomen efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice;

h. Radiografia dentară şi tomografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară;

i. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;
j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia transvaginală/transrectală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie şi numai pentru afecţiuni urologice - prostată şi vezică urinară;

l. Ecografie de organ/de părţi moi/de articulaţie, ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: diabet, nutriţie şi boli metabolice, nefrologie, endocrinologie, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, medicină fizică şi reabilitare, urologie, medicină internă;

m. Senologia imagistică ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici din specialităţile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie dacă au atestat/competenţă de senologie imagistică;

n. Ecografia ganglionară ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală şi maxilo-facială, endocrinologie, pediatrie şi medicină internă;

o. Ecografie musculoscheletală ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică reumatologie;

p. Ecografie cutanată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică dermatovenerologie.

r. Ecografie a aparatului urinar/genital masculin ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medici de specialitate clinică urologie.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor; medicii trebuie să aibă competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii, după caz.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri - pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, îşi desfăşoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

Pentru furnizorii care doresc să desfăşoare activitate în relaţie cu casa de asigurări de sănătate şi în zilele de sâmbătă şi duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligaţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau un alt standard adoptat în România, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II

Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, stabilit pe total judeţ

I. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie imagistică medicală şi medicină nucleară şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie imagistică medicală şi medicină nucleară se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%
2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie – imagistică medicală şi medicină nucleară obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie – imagistică medicală şi medicină nucleară sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria şi numărul aparatului sunt cele din autorizaţia emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi nici cele care nu au declaraţii de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie – imagistică medicală şi medicină nucleară care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea într-un program de lucru distinct. În această situaţie, pentru fiecare furnizor, echipamentele deţinute/utilizate în comun se punctează proporţional, funcţie de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăşi punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii sau Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România sau autorizat de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanţie pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligaţi să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanţie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare şi/sau buletinul de verificare periodică, emise de Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 15 ani calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un

nou marcaj CE, prezentându-se o declaraţie de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculaţi de la data fabricării sau de la data recondiţionării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%. Recondiționarea (refurbișarea) se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului.

Aparatele mai vechi de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă şi limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcţionare conform H.G. nr. 2139/2004 pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea şi duratele normale de funcţionare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

2. radiologie (grafie) - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

c) radiografie retroalveolară..... 5 puncte;
radiografie paronamică ..... 10 puncte;
CBCT..... 15 puncte.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie
  - parţial digitalizat (plăci fosforice) ..... 15 puncte;
  - direct digital ..... 30 puncte;
- opţiuni:
  - stepping periferic ..... 5 puncte;
  - cuantificarea stenozelor ..... 5 puncte;
  - optimizarea densităţii ..... 5 puncte;
  - trendelenburg ..... 3 puncte;
  - afişare colimatori fără radiaţie ..... 3 puncte;
  - stand vertical ..... 3 puncte;
  - 2 Bucky ..... 1 punct.

Aparatele care efectuează scopie și grafie vor fi punctate o singură dată cu punctajul cel mai mare.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie:
  - parţial digital ..... 15 puncte;
  - digital ..... 30 puncte;
  - cu tomosinteză ..... 40 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: ..... 1 punct;
- facilitate de stereotaxie ..... 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- numărul de secţiuni concomitente:
  2 - 8 secţiuni ..... 25 puncte;
  16-32 secţiuni ..... 40 puncte;
  64 secţiuni ..... 70 puncte;
  128 secţiuni.....100 puncte;
  peste 128 secţiuni sau CT DUAL 150 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
  - 0,5 - 1 secundă: ..... 10 puncte;
- < 0,5 secunde: ..... 20 puncte;
- aplicaţii software*) instalate pe computerul tomograf:
- Circulaţie - minim 64 slice ..... 2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - minim 16 slice . 2 puncte;
- perfuzie - minim 64 slice ..... 2 puncte;

- angiografie cu substracţie de os - minim 16 slice 2 puncte;
- dental - 2 slice ..... 2 puncte;
- sistem pentru justificarea şi optimizarea dozelor de iradiere ..... 10 puncte;

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital ..... 5 puncte;
- analog ..... 1 punct;
- injector automat .....15 puncte;
- staţie de post procesare şi software aferent*):. 20 puncte;

---

*) se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanţă magnetică

- se acordă 15 puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică cu câmp magnetic sub 1 T,
- se acordă 30 puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică cu câmp magnetic de 1 T şi sub 1,5 T,
- se acordă 100 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică cu câmp magnetic de 1,5 T şi mai mic de 3T,
- se acordă 150 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică cu câmp magnetic de cel puţin de 3T,

Punctajul se acordă pentru aparatele RMN în vederea efectuării investigaţiilor la nivelul următoarelor segmente: cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremităţi;

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

1. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: ..... 20 puncte;

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a echipamentelor

2. Aplicaţii software*) instalate pe RMN

- Post-procesare 3D - prelucrarea achiziţiilor în 3D: .... 10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tacturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor .... 10 puncte
- Perfuzie - cuantificarea permeabilităţii tumorale în funcţie de modelul farmacocinetic al substanţei de contrast pentru patologia cerebrală şi a prostatei: ..... 10 puncte
- Perfuzie fără substanţă de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: ..... 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilităţii, perfuziei şi dinamicii cordului: ..... 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: ..... 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: ..... 10 puncte
- Spectroscopie ..... 10 puncte

*) se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor instalate pe echipamente

3. Accesorii

- Printer - digital: ..... 5 puncte;
- analog: ..... 1 punct;
- Injector automat: ..... 15 puncte;

- Staţie de post procesare şi software aferent*) ..... 20 puncte.
(alta decât staţia de vizualizare)

*) se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:
- Cu 1 detector ..... 5 puncte
- Cu 2 detectori ..... 15 puncte
- Accesorii:
- Printer digital ..... 5 puncte
- Injector automat ..... 15 puncte
- Staţie de post procesare şi software aferent alta decât staţia de vizualizare ..... 20 puncte

j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia şi stocarea imaginilor:
- cameră obscură umedă manuală ..... 1 punct;
- developator automat umed ..... 3 puncte;
- developator umed day light ..... 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) ..... 15 puncte;
- developare automată uscată: ..... 10 puncte;
- arhivă filme radiografice ..... 5 puncte;
- arhivă CD ..... 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) ..... 20 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) ..... 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirmă configuraţia tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru cabinetele medicale din asistenţa medicală primară, cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, precum şi cabinetele din ambulatoriul de specialitate pentru medicină dentară care încheie acte adiţionale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, punctajul acordat pentru aparatele cu care se efectuează investigaţiile paraclinice se ajustează proporţional cu programul de lucru contractat pentru aceste servicii**.**

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
- medic specialist radiologie imagistică medicală .....30 puncte;
- medic primar radiologie - imagistică medicală: ..... 40 puncte;
- medic specialist medicină nucleară: ..... 30 puncte;
- medic primar medicină nucleară ..... 40 puncte;
- medic specialist anestezist ..... 10 puncte;
- medic primar anestezist ..... 15 puncte;
- medic specialist medicina de urgenţă ..... 10 puncte;
- medic primar medicina de urgenţă ..... 15 puncte;
- medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani ..... 10 puncte;
- medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie ..... 15 puncte;

care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)

- medic dentist/ medic stomatolog ..... 13 puncte;
- medic dentist/ medic stomatolog specialist ..... 15 puncte;
- medic dentist/ medic stomatolog primar ..... 20 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii dentişti/medicii stomatologi care efectuează radiografii dentare retroalveolare, panoramice şi CBCT în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală ..... 11 puncte;
  - bioinginer: ..... 13 puncte;
  - fizician: ..... 13 puncte;
- asistenţi medicali:
  - de radiologie cu studii superioare ..... 10 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare ..... 8 puncte;
  - asistenţi generalişti pentru Eco + ATI ..... 7 puncte;
  - personal auxiliar - tehnician aparatură medicală ..... 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracţiuni de normă se acordă punctaj direct proporţional cu fracţiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:

- reţea de transmisie imagini interne (RIS) ..... 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţă (PACS) ..... 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea rezultatelor şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru - transmitere de date ..... 10 puncte;

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii: nu se sustin alte platforme sociale

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/ acreditări ..... 2 puncte/ punct de lucru.

c2 - chestionar de satisfacţie a pacienţilor (cu obligaţia actualizării semestriale a rezultatelor şi afişarea pe site-ul furnizorului) ..... 5 puncte.

Pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) şi c.2 se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă	..... 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se acordă	..... 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţie de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 90% pentru criteriul de evaluare a resurselor;

b) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea celor două sume stabilite conform lit. D.

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru investigaţii de radiologie – imagistică medicală şi medicină nucleară se stabileşte de casa de asigurări de sănătate.

G. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

ANEXA 21
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., adresă e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:
- laboratorul individual ....., str. ..... nr. ....., bl ....., sc. ....., et. ....., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;
- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI,....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;
- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ....., sc. ....., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., str. ..... nr. ..., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncţional - unitate fără personalitate juridică şi Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncţional - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul .....,CUI....., str. ..... nr. ..., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, în următoarele specialităţi:

a) .....;

b) .....;
c) .....;
..... .
ART. 3
Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice se face de către următorii medici:
a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
c) .....
.....

IV. Durata contractului
ART. 4
Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.
ART. 5
Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor
A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate
ART. 6
Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile şi punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afişate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, în limita valorii de contract;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare

în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale paraclinice potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialităţile clinice care au încheiate acte adiţionale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../ 2023.

l) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

m) să deconteze investigaţiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relaţie contractuală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul şi indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

n) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

o) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

p) să aducă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigaţii medicale paraclinice se află în relaţie contractuală situaţiile în care nu au fost respectate

prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigaţii medicale paraclinice, în vederea aplicării sancţiunilor prevăzute contract, după caz;

q) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţii contractuale.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil);

2. pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului, să acorde asiguraţilor serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2. din Anexa 1 la prezenta hotărâre, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

i) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigaţiei;

j) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului;

k) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

l) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

m) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/29 aprilie 2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Furnizorul efectuează investigaţii paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală medicul care l-a eliberat;

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

o) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro şi au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică lunară corectă şi actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

p) să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SR EN ISO 15189;

q) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de

laborator, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice din norme.
În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în Anexa 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr…../…./2023, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

r) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi şi toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relaţie contractuală, cât şi în afara relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziţia organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fişe de evidenţă reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum şi ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între numărul şi tipul investigaţiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi/consumabile achiziţionaţi(te) conform facturilor şi utilizaţi(te) în efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

s) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico – farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat şi prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obţinut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obţinut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceştia au cel puţin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecţionare aplicativă; să asigure prezenţa unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat şi prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă/zi (6 ore);

ș) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi intervalele biologice de referinţă ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

ţ) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

u) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare;

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

w) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

x) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

y) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

z) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aa) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal şi patologic, care să dovedească efectuarea şi validarea acestuia în conformitate cu cerinţele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. z) în maximum 3 zile
lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ac) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale paraclinice

ART. 8

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au următoarele drepturi:

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

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei la tarifele prevăzute în anexa nr. 17 şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigaţii paraclinice, respectiv: analize de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie-imagistică medicală, este de ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

Suma contractată pe an se defalcă pe trimestre şi luni şi se regularizează lunar.

ART. 10

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative care se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VIII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

X. Clauze speciale

ART. 13

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 14

Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare reziliere şi încetare a contractului

ART. 15

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), g), h), j) , k), l), n) - p), v), w), ac) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. m) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. e), i) și y) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(5) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) -(4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanție, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deține acest document.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(4), (6) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în

temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), (6) şi (7) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(4), (6) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4), (6) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

ART. 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) şi l) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora - pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) şi l);

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 90 de zile calendaristice după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor.

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situaţii de absenţă a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului;

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigaţii medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării/a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancţiunilor prevăzute la art. 15 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. 15 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. s) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege 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 situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 72 alin. (8) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi a celor prevăzute la art. 7 lit. q), ş) – u);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menţionate la art. 7 lit. r);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, situaţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), lit. g) şi lit. k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 7 lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea 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 condiţiile art. 16 alin. (1) lit. a) - cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (3) şi (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv

nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4), în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (3) - (5), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

ART. 19

(1) Situaţiile prevăzute la art. 17 şi la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2) - a5) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul laboratorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 21

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE
Director general, ...	Reprezentant legal, ...

Director executiv al
Direcţiei Economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei Relaţii Contractuale,
.....

Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 22

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I
Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă:

1. Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

2. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic şi se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naştere;

b) urgenţe medico-chirurgicale şi situaţiile în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

c) boli cu potenţial endemoepidemic care necesită izolare şi tratament;

d) bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată - ani;

e) afecţiuni pentru care diagnosticul şi/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

3. Factorii de care trebuie să se ţină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

a) severitatea semnelor şi simptomelor prezentate de pacient;

b) predictibilitatea medicală a unei evoluţii negative, nedorite a pacientului;

c) nevoia pentru şi disponibilitatea analizelor/investigaţiilor diagnostice;

d) epuizarea resurselor diagnostice şi terapeutice în celelalte domenii de asistenţă medicală.

4. Pacienţii care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programaţi pentru internare, în funcţie de afecţiune şi de gravitatea semnelor şi simptomelor prezentate şi de disponibilitatea serviciilor unităţii spitaliceşti solicitate.

5. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament şi monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu şi în spitalizarea de zi, după caz.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi:

1. Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi), dar nu mai puţin de 2 ore/vizită (zi), cu excepţia serviciilor acordate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, precum şi în alte situaţii justificate de medicul curant în fişa de spitalizare de zi, pentru care este necesară o durată mai mică de 2 ore/vizită(zi).

Toate serviciile medicale şi procedurile chirurgicale se acordă obligatoriu în intervalul orar de la deschiderea şi până la închiderea Fişei de spitalizare de zi. În caz contrar serviciul acordat nu se decontează.

2. Criteriile de internare în spitalizare de zi sunt:

a) urgenţe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condiţiile stabilite în prezentele norme, doar în unităţile sanitare cu paturi care acordă şi asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;

b) diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu.

B.1. Lista afecţiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi şi tarifele pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. Crt.	Cod diagnostic	Denumire afecţiune (diagnostic)	Tarif pe caz rezolvat medical
			- lei-
1.	A04.9	Infecţia intestinală bacteriană, nespecificată	352
2.	A08.4	Infecţia intestinală virală, nespecificată	280
3.	A09	Diareea şi gastro-enterita probabil infecţioase	296
4.	A49.9	Infecţia bacteriană, nespecificată	352
5.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii şi a ţesutului subcutanat al trunchiului	261
6.	D50.0	Anemia prin carenţă de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	388
7.	D50.8	Alte anemii prin carenţă de fier	616
8.	D50.9	Anemia prin carenţă de fier, nespecificată	394
9.	E04.2	Guşa multinodulară netoxică	394
10.	E06.3	Tiroidita autoimună	367
11.	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	351
12.	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	439
13.	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	396
14.	E11.71	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	495
15.	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicaţii	354
16.	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	495
17.	E44.0	Malnutriţia proteino-energetică moderată	420
18.	E44.1	Malnutriţia proteino-energetică uşoară	420

19.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	353
20.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	442
21.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	381
22.	F41.2	Tulburare anxioasă şi depresivă mixtă	344
23.	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	344
24.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	264
25.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	317
26.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	373
27.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	350
28.	I34.0	Insuficienţa mitrală (valva) (* fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	440
29.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	464
30.	I35.1	Insuficienţă (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicaţie de intervenţie chirurgicală)	441
31.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	373
32.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	373
33.	I83.9	Vene varicoase ale extremităţilor inferioare fără ulceraţie sau inflamaţie	444
34.	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	193
35.	J02.9	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	189
36.	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	191
37.	J06.8	Alte infecţii acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	199
38.	J06.9	Infecţii acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	189
39.	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	432
40.	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	462
41.	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	466
42.	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	435
43.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	484
44.	J20.9	Bronşita acută, nespecificată	195
45.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecţie acută a căilor respiratorii inferioare	435
46.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	429
47.	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	417
48.	J45.0	Astmul cu predominenţă alergică	205
49.	J47	Bronşiectazia	411
50.	J84.8	Alte boli pulmonare interstiţiale specificate	440
51.	J84.9	Boala pulmonară interstiţială, nespecificată	442
52.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	355
53.	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	266

54.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforaţie, diagnosticat anterior	232
55.	K29.1	Alte gastrite acute	361
56.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	363
57.	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	250
58.	K30	Dispepsia	208
59.	K52.9	Gastroenterita şi colita neinfecţioase, nespecificate	279
60.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	373
61.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	359
62.	K70.1	Hepatita alcoolică	314
63.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	470
64.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	550
65.	K76.0	Degenerescenţa grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	460
66.	K81.1	Colecistita cronică	393
67.	K81.8	Alte colecistite	337
68.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	305
69.	K86.9	Boala pancreasului nespecificată	289
70.	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	331
71.	L40.0	Psoriazis vulgaris	366
72.	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	236
73.	L60.0	Unghia încarnată	344
74.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	228
75.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	234
76.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicaţie operatorie	363
77.	M54.4	Lumbago cu sciatică-	402
78.	M54.5	Dorsalgie joasă-	438
79.	N30.0	Cistita acută	256
80.	N39.0	Infecţia tractului urinar, cu localizare nespecificată	246
81.	N47	Hipertrofia prepuţului, fimoza, parafimoza	265
82.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	160
83.	N92.0	Menstruaţie excesivă şi frecventă cu ciclu menstrual regulat	385
84.	N92.1	Menstruaţie excesivă şi frecventă cu ciclu menstrual neregulat	270
85.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	374
86.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului şi vaginului	451
87.	N95.0	Sângerări postmenopauză	360
88.	O02.1	Avort fals	113
89.	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicaţii	114
90.	O12.0	Edem gestaţional	230
91.	O21.0	Hiperemeza gravidică uşoară	145
92.	O23.1	Infecţiile vezicii urinare în sarcină	147
93.	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenţii chirurgicale anterioare	538
94.	R10.4	Altă durere abdominală şi nespecificată	155

95.	R59.0	Ganglioni limfatici măriţi localizaţi	594
96.	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	285
97.	S61.88	Plagă deschisă a altor părţi ale pumnului şi mâinii	284
98.	Z46.6	Amplasarea şi ajustarea unei proteze urinare	147
99.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	383
100.	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	383
101.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	317
102.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităţilor cu claudicaţie intermitentă	317
103.	I80.3	Flebita şi tromboflebita extremităţilor inferioare, nespecificată	444
104.	R60.0	Edem localizat	230
105.	I83.0	Vene varicoase cu ulceraţie ale extremităţilor inferioare	444
106.	I87.2	Insuficienţa venoasă (cronică) (periferică)	444
107.	A69.2	Boala Lyme (*diagnostic şi tratament)	725
108.	G31.1	Degenerescenta senila a creierului, neclasificata altundeva	528
109.	M85.80	Osteoporoza (Alte afectiuni specificate ale densitatii si structurii osoase localizari multiple)	412
110.	E23	Hiposecreţia şi alte tulburări ale glandei hipofizare	333
111.	E30.1	Pubertate precoce	365
112.	E34.3	Insuficienta staturala	461
113.	E05.8	Alte tireotoxicoze	280
114.	D44.0	Tumora tiroida cu evolutie imprevizibila si necunoscuta	186
115.	E30.0	Pubertate intarziată	353

*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiţia îndeplinirii criteriului din paranteză.

B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi şi tarifele pe caz rezolvat corespunzătoare:

Nrt. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	Cod Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală
				-lei-
1	Miringotomia cu inserţia de tub	D01003	Miringotomia cu inserţie de tub, unilateral	328
2	Miringotomia cu inserţia de tub	D01004	Miringotomia cu inserţie de tub, bilateral	328
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	683
4	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	683
5	Rinoplastie posttraumatică(reducerea şi imobilizarea fracturilor piramideinazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecţia cartilajului	861

6	Rinoplastie posttraumatică(reducerea şi imobilizarea fracturilor piramideinazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	861
7	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	861
8	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasă septală sau nazală	861
9	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi mobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind grefă de os nazal	861
10	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07006	Rinoplastie cu grefă de os nazal şi cartilaj septal/nazal	861
11	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grefa de cartilaj de la zona donatoare de la distanţă	861
12	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grefa osoasă din zona donatoare de la distanţă	861
13	Rinoplastie posttraumatică (reducerea şi imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os şi cartilaj ca grefă de la zona donatoare de la distanţă	861
14	Bronhomediastino - scopie	G02401	Bronhoscopia	729
15	Bronhomediastino - scopie	G02403	Fibrobronhoscopia	729
16	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	624
17	Biopsie ganglioni laterocervicali şi supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	482
18	Puncţie biopsie transparietală cu ac pentru formaţiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	806
19	Implantare cateter pleural	G04103	Inserţia catetetrului intercostal pentru drenaj	757
20	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	683
21	Extracţia de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracţia unui corp străin	609
22	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 muşchi, un ochi	286
23	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	286
24	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecţia ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractorilor inferiori	286
25	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecţia ectropionului sau entropionului prin alte corecţii ale retractorilor inferiori	286

26	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecţia ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	286
27	Refacerea staticii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecţia ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecţie largă	286
28	Extracţia dentară chirurgicală	F00801	Extracţie dentară sau a unor părţi de dinte	328
29	Extracţia dentară chirurgicală	F00802	Extracţie dentară cu separare	328
30	Extracţia dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	328
31	Extracţia dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulţi dinţi erupţi	328
32	Extracţia dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parţial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	328
33	Extracţia dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parţial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	328
34	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea şi chiuretajul uterin [D&C]	452
35	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	452
36	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea şi curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254
37	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavităţii uterine	254
38	Excizie polip cervical, dilataţia şi chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	452
39	Reparaţia cisto şi rectocelului	M04402	Corecţia chirurgicală a rectocelului	556
40	Reparaţia cisto şirectocelului	M04403	Corecţia chirurgicală a cistocelului şi rectocelului	556
41	Artroscopia genunchiului	O13205	Artroscopia genunchiului	509
42	Operaţia artroscopică a meniscului	O13404	Meniscectomie artroscopică a genunchiului	430
43	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18104	Îndepărtarea de brosă, şurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	570
44	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	O18106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	570
45	Reparaţia diformităţii piciorului	O20404	Corecţia diformităţii osoase	1.647
46	Eliberarea tunelului carpian	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	782
47	Eliberarea tunelului carpian	A07403	Decompresia tunelului carpian	782
48	Excizia chistului Baker	O13601	Excizia chistului Baker	791
49	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O07302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	782

50	Rezolvarea contracturii Dupuytren	O08001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	782
51	Repararea ligamentului încrucişat	O15303	Reconstrucţia artroscopică a ligamentului încrucişat al genunchiului cu repararea meniscului	991
52	Repararea ligamentului încrucişat	O15304	Reconstrucţia ligamentului încrucişat al genunchiului cu repararea meniscului	991
53	Excizia locală a leziunilor sânului	Q00501	Excizia leziunilor sânului	479
54	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1.218
55	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1.218
56	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1.218
57	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	731
58	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	683
59	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	683
60	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	430
61	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	556
62	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	430
63	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	430
64	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	556
65	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	556
66	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	224
67	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	224
68	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanţe sclerozante la nivelul venelor varicoase	937
69	Chirurgia varicelor	H12501	Întreruperea joncţiunii safenofemurală varicoasă	937
70	Chirurgia varicelor	H12502	Întreruperea joncţiunii safenopoplitee varicoasă	937
71	Chirurgia varicelor	H12503	Întreruperea joncţiunilor safeno-femurală şi safeno-poplitee varicoase	937
72	Chirurgia varicelor	H12601	Întreruperea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	937
73	Chirurgia varicelor	H12602	Întreruperea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	937

74	Debridarea nonexcizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizională a arsurii	188
75	Debridarea excizională a părţilor moi	O19301	Debridarea excizională a părţilor moi	753
76	Debridarea excizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului şi ţesutului subcutanat	753
77	Dilatarea şi chiuretajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea şi chiuretajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	254
78	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	O17801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	1.118
79	Biopsia tegumentului şi ţesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului şi ţesutului subcutanat	706
80	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00701	Incizia şi drenajul hematomului tegumentar şi al ţesutului subcutanat	602
81	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00702	Incizia şi drenajul abceselor tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	602
82	Incizia şi drenajul tegumentelor şi ale ţesutului subcutanat	P00703	Alte incizii şi drenaje ale tegumentelor şi ţesutului subcutanat	602
83	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	515
84	Excizia leziunilor tegumentare şi ţesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare şi ţesutului subcutanat în alte zone	644
85	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	515
86	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	515
87	Îndepărtarea corpilor străini din tegument şi ţesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpilor străini din tegument şi ţesutul subcutanat cu incizie	526
88	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	316
89	Repararea plăgilor tegumentare şi ale ţesutului subcutanat,implicând ţesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare şi ale ţesutului subcutanat în alte zone implicând şi ţesuturile profunde	644
90	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	417
91	Rezecţia parţială a unghiei încarnate	P02504	Rezecţia parţială a unghiei încarnate	328
92	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	O18108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	440
93	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.218
94	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	328
95	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	328

96	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia penianã	624
97	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	937
98	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	556
99	Orhidectomia bilaterală (excizia testicolelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	556
100	Excizia spermatocelului, unilateral	L02303	Excizia spermatocelului, unilateral	556
101	Excizia spermatocelului, bilateral	L02304	Excizia spermatocelului, bilateral	556
102	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	556
103	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	624
104	Rezecţia endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezecţia endoscopică a leziunii prostatice	556
105	Rezecţia endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecţia transuretrală a prostatei	861
106	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	556
107	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrugerea endoscopică a verucilor uretrale	556
108	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidrodilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	556
109	Rezecţia endoscopică vezicală	K06001	Rezecţia endoscopică de leziune sau ţesut vezical	556
110	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	556
111	Cistostomia percutanată cu inserţia percutanată a cateterului suprapubic	K05303	Cistotomia percutanată (cistostomia)	301
112	Cistoscopia	K04901	Cistoscopia	344
113	Rezecţia endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecţia endoscopică a ureterocelului	556
114	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	286
115	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	286
116	Excizia tumorii corneoconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	286
117	Repoziţionarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziţionarea cristalinului artificial	286
118	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	683
119	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilităţii sistemului canalicular lacrimal, un ochi	683
120	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecţia submucoasă a septului nazal	861
121	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranazală de polip din antrum-ul maxilar	861
122	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranazală de polip din sinusul frontal	861

123	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranazală de polip din sinusul etmoidal	861
124	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranazală de polip din sinusul sfenoidal	861
125	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	861
126	Chirurgia funcţională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranazală, unilateral	683
127	Parotidectomia	E02805	Excizia parţială a glandei parotide	683
128	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	579
129	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	861
130	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	861
131	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	861
132	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	861
133	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	579
134	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	579
135	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	347
136	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	347
137	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	683
138	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	683
139	Eventraţie postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventraţiei postoperatorii cu proteză	683
140	Montare drenaj ureteral intern	K02801	Insertia endoscopica a stentului ureteral	547
141	Dezobstrucţia tractului urinar superior	K02901	Dezobstrucţia tractului urinar superior prin ureteroscopie cu manipulare endoscopica de calcul ureteral	985
142	Dilatarea progresiva a stricturilor uretrale	K08202	Dilatarea progresiva a stricturilor uretrale	200

NOTĂ:

Poziţiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecţiile estetice.

B.3. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi şi tarifele corespunzătoare:

B.3.1. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) şi pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fişei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită (zi).

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical - lei-
1	Chimioterapie*) cu monitorizare	324 lei/ şedinţă
2	Litotriţie	405 lei/ şedinţă
3	Tratamentul şi profilaxia rabiei cu antitetanic	393 lei/administrare
4	Tratamentul şi profilaxia rabiei fără antitetanic	276 lei/administrare
5	Strabism la copii - reeducare ortooptică	57 lei/ şedinţă
6	Supleere a funcţiei intestinale la bolnavii cu insuficienţă intestinală cronică care necesită nutriţie parenterală pentru o perioadă mai mare de 3 luni de zile	1.408 lei/administrare zilnică
7.	Inducția tratamentului cu Esketamina*) – maxim 7 vizite/lună/asigurat	86 lei/vizită
8.	Întreținerea tratamentului cu Esketamină*) – maxim 4 vizite/lună/asigurat	86 lei/vizită

B.3.2. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical
1	Implant de cristalin**)	1.216 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală *) valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	315 lei/asigurat/serviciu
3	Amniocenteză***)	1.043 lei/asigurat/serviciu
4	Biopsie de vilozităţi coriale***)	1.043 lei/asigurat /serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	231 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro – imunologic*)	521 lei/lună/asigurat

7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie şi tulburări de somn, boala Parkinson şi alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis şi sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale şi artere subclaviculare, demenţe, paralizii cerebrale)	231 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea şi tratamentul talasemiei şi hemofiliei*)	231 lei/lună/asigurat
9	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos şi tumori neuroendocrine)****)	231 lei/lună/asigurat
10	Boala Gaucher****)	231 lei/lună/asigurat
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
14	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
15	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	231 lei/lună/asigurat
16	Scleroza multiplă****)	231 lei/lună/asigurat
17	Boli rare****)	231 lei/lună/asigurat
18	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanţei toracice*******)	208 lei/asigurat/semestru
19	Analgezia autocontrolată	80 lei/asigurat /serviciu
20	Analgezie subarahnoidiană	125 lei/asigurat /serviciu
21	Analgezie epidurală simplă	158 lei/asigurat /serviciu
22	Analgezie epidurală cu cateter	242 lei/asigurat /serviciu
23	Blocaj nervi periferici	139 lei/asigurat /serviciu
24	Infiltraţie periradiculară transforaminală*****)	463 lei/asigurat /serviciu
25	Bloc de ram median posterior*****)	139 lei/asigurat /serviciu
26	Bloc de plex simpatic	463 lei/asigurat /serviciu

27	Ablaţie cu radiofrecvenţă de ram median******)	242 lei/nivel/asigurat/ serviciu
28	Ablaţie cu radiofrecvenţă a inervaţiei genunchiului sau a articulaţiei coxofemurale******)	799 lei/asigurat /serviciu
29	Ablaţie sacroiliacă******)	799 lei/ asigurat /serviciu
30	Infiltraţie sacroiliacă*****)	463 lei/ asigurat /serviciu
31	Discografie stimulată*****)	463 lei/ asigurat /serviciu
32	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase şi crize de pierdere a conştienţei fără diagnostic etiologic cu investigaţii de înaltă performanţă	474 lei/ asigurat /serviciu
33	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginoase şi crize de pierdere a conştienţei fără diagnostic etiologic fără investigaţii de înaltă performanţă	236 lei/ asigurat /serviciu
34	Urgenţă medico-chirurgicală în camerele de gardă	66 lei/pacient/serviciu
35	Urgenţă medico-chirurgicală în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii	198 lei/pacient/serviciu
36	Discectomie percutană	799 lei/2 discuri/ asigurat/serviciu
37	Endoscopie de canal spinal	799 lei/asigurat/serviciu
38	Flavectomie	799 lei/2 discuri/asigurat
39	Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecţia CMV, hepatită B şi C)	394 lei/asigurat/sarcină
40	Monitorizare afecţiuni oncologice cu investigaţii de înaltă performanţă	1.393 lei/asigurat/trimestrial
41	Monitorizare afecţiuni oncologice fără investigaţii de înaltă performanţă	236 lei/asigurat/lună
42	Monitorizare insuficienţă renală cronică	236 lei/asigurat/ lună
43	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	405 lei/ asigurat /serviciu
44	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	154 lei/ asigurat /serviciu

45	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulţi; Terapia paraliziilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.693 lei/asigurat/trimestru
46	Terapia paraliziilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	1.049 lei/asigurat/trimestru
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulţi; Terapia paraliziilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.443 lei/asigurat/trimestru
48	Terapia paraliziilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	798 lei/asigurat/trimestru
49	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulţi şi copii (tulburări cognitive minore, demenţe incipiente, tulburări psihotice şi afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice şi de personalitate)	231 lei/asigurat/lună
50	Implantarea cateterului venos central long-life destinat: administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 – 24 luni) pentru pacienţii oncologici, hematologici, dializaţi. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	1.112 lei/ asigurat /serviciu
51	Implantarea cateterului venos central cu cameră implantabilă destinat administrării de chimioterapice (în cure lungi de 6 – 24 luni) pentru pacienţii oncologici şi hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central şi camerei implantabile.	1.390 lei/ asigurat /serviciu
52	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	358 lei/asigurat/trimestrial
53	Monitorizarea pacienţilor cu insuficienţă cardiacă congestivă pentru asiguraţi cu afecţiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	378 lei/asigurat/trimestrial
54	Monitorizarea pacienţilor cu tulburări de ritm/ conducere cu afecţiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	456 lei/asigurat/trimestrial
55	Incizia şi drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului şi gâtului)	602 lei/ asigurat /serviciu

56	Suprimarea firelor de sutură la pacienţi cu despicături labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	477 lei/ asigurat /serviciu
57	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	173 lei/ asigurat /serviciu
58	Implantare cateter peritoneal (tariful include şi costul cateterului)	799 lei/ asigurat /serviciu
59	Monitorizarea sifilisului genital primar şi sifilisului secundar al pielii şi mucoaselor	150 lei/asigurat/trimestru
60	Monitorizarea şi tratamentul colagenenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermato-polimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice, sclerodermie sistemică, spondilită anchilozantă, artropatie psoriazică	231 lei/asigurat/lună
61	Diagnostic şi monitorizare artrită precoce	231 lei/asigurat/lună
62	Monitorizarea bolilor hematologice	231 lei/asigurat/lună
63	Diagnosticarea apneei de somn	275 lei/ asigurat /serviciu
64	Bronhoscopia asociată echografiei (EBUS)	1.633 lei/ asigurat /serviciu
65	Terapia spasticitatii membrului superior şi/sau inferior aparuta ca urmare a unui accident vascular cerebral pentru pacientul adult – cu toxină botulinică	2.317/asigurat/trimestru
66	Cordonocenteza***)	1.043 lei/asigurat/serviciu
67	Evaluarea Sindromului Post Covid-19	479 lei/ asigurat /serviciu
68.	Monitorizarea pacientului cu stenoze coronariene sau periferice	267 lei/ asigurat /serviciu
69.	Monitorizarea prin RMN cardiac a pacientului cu infarct miocardic acut în antecedente	882 lei/ asigurat /serviciu
70.	Monitorizarea prin Angio CT cardiac a pacientului cu stent sau bypass coronarian	967 lei/ asigurat /serviciu
71.	Monitorizarea prin Angio CT periferic a pacientului cu stent periferic, bypass periferic sau în urma unei proceduri de angioplastie periferică	612 lei/ asigurat /serviciu
72.	Tratamentul anemiei prin carență de fier la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică prin administrare de fier injectabil intravenos	588 lei/ asigurat /serviciu
73.	Monitorizarea cardiacă a pacientului post-COVID prin RMN cardiac	967 lei/ asigurat /serviciu
74.	Monitorizarea cardiacă a pacientului post-COVID prin Angio CT coronarian	1.007 lei/ asigurat /serviciu
75.	Tratamentul anemiei din boala cronică renală	999 lei/ asigurat /serviciu

76.	Terapie imunosupresivă în boala cronică renală	1.661 lei/ asigurat /serviciu
77.	Monitorizarea evoluţiei fenilcetonuriei	359 lei/ asigurat /serviciu
78.	Diagnostic si/sau stadializare cu proceduri de inalta performanta (2 segmente torace/abdomen sau abdomen/pelvis) în tumori digestive	868 lei/ asigurat /serviciu
79.	Diagnostic si stadializare cu proceduri de inalta performanta (3 segmente torace/abdomen/pelvis) în tumori digestive	917 lei/ asigurat /serviciu
80.	Diagnostic cu proceduri de inalta performanta (1 segment abdomen) în boli inflamatorii intestinale	867 lei/ asigurat /serviciu
81.	Paracenteza	500 lei/ asigurat /serviciu
82.	Reechilibrare hidro-electrolitică la pacienţii cu boli cronice progresive	491 lei/ asigurat /serviciu
83.	Iniţierea terapiei antalgice la pacienţii cu durere severă	482 lei/ asigurat /serviciu
84.	Evaluare şi tratament la pacientul cu limfedem secundar	482 lei/ asigurat /serviciu
85.	Monitorizarea pacientului cu durere cronică severă generată de boli cronice progresive	474 lei/ asigurat /serviciu
86.	Monitorizarea pacientului cu dermatita atopică forma moderat-severa în tratament cu terapii inovatoare (biologice sau cu molecule mici)	231 lei/lună/asigurat
87.	Tratamentul prin titrare automata al apneei de somn diagnosticată prin poligrafie	400 lei/ asigurat /serviciu
88.	Monitorizarea şi ajustarea tratamentului tulburărilor respiratorii de somn	374 lei/ asigurat /serviciu
89.	Diagnosticul, tratamentul şi monitorizarea tulburărilor respiratorii de somn	502 lei/asigurat /serviciu
90.	Poligrafie	440 lei/asigurat /serviciu
91.	Poligrafie si titrare automata	702 lei/asigurat /serviciu
92.	Polisomnografie si titrare automata	802 lei/asigurat /serviciu
93.	Diagnosticul complex al bolii de suprafata oculară (DED) si al altor boli ale suprafatei oculare	583 lei/asigurat /serviciu
94.	Tratamentul bolii de suprafata oculară (DED) cu ser autolog si sau imunomodulatoare topice	325 lei/asigurat /serviciu

95.	Crosslinking pentru keratoconus	950 lei/asigurat /serviciu
96.	Injectare intravitreana de substante terapeutice și monitorizare	500 lei/asigurat /serviciu
97.	Tratament și monitorizare tratament chirurgical glob ocular	300 lei/asigurat /serviciu
98.	Tratament și monitorizare examinare copil în narcoză	731 lei/asigurat /serviciu
99.	Tratament și monitorizare injectie intraoculara	350 lei/asigurat /serviciu
100.	Tratament și monitorizare tratament laser glaucom	350 lei/asigurat /serviciu
101.	Tratament și monitorizare tratament laser pol posterior al globului ocular	286 lei/asigurat /serviciu
102.	Tratament și monitorizare sondaj cai lacrimale la copil in narcoza	800 lei/asigurat /serviciu
103.	Diagnosticul si tratamentul anemiei şi/sau deficitului de fier, cu fier intravenos, la pacienţii cu boli inflamatorii intestinale	588 lei/asigurat /serviciu
104.	Monitorizarea pacienților cu tumori neuroendocrine utilizând scintigrafie 99m-Tc-EDDA-HYNIC TOC (Tektrotyd) ********)	3.253 lei/asigurat /serviciu
105.	Inițiere protocol de administrare a Esketaminei*)	126 lei/asigurat /serviciu
106.	Montare pompe de insulina sau pompe de insulina cu senzori de monitorizare continua a glicemiei	222 lei/asigurat /serviciu
107.	Montare sisteme de monitorizare continua a glicemiei	222 lei/asigurat /serviciu
108.	Urgenţă medicală cu investigaţii de înaltă performanţă (CT, RMN) în camerele de gardă	517 lei/asigurat/serviciu
109.	Urgenţă medicală cu investigaţii de înaltă performanţă (CT, RMN, ANGIOGRAFIE) în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii	568 lei/asigurat/serviciu

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naţionale de sănătate.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuate numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenţi - la recomandarea medicului genetician sau risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici şi dublu test sau triplu test); în tarifele aferente acestora este inclusă şi testarea genetică a probelor prelevate. Cordonocenteza se decontează la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în

medicină materno-fetală, pentru cazuri cu indicaţie în scop diagnostic sau terapeutic; în tarifele aferente acestora este inclusă şi testarea genetică a probelor prelevate.

Testarea genetică a probelor prelevate prin biopsie de vilozităţi coriale, amniocenteză sau cordonocenteză se realizează prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

****) Monitorizare şi administrare tratament afecţiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare

*****) sub ghidaj Rx

******) sub ghidaj şi maşina de ablaţie

*******) Se poate efectua trimestrial la asiguraţii cu diabet zaharat confirmat.

********) Se realizează de către medicul de specialitate medicină nucleară în baza recomandării medicilor de specialitate cu specialitatea oncologie medicală sau endocrinologie, pentru pacienții cu tumori neuroendocrine pentru vizualizarea receptorilor somatostatinici.

B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif pe serviciu medical
1.	Ciroza hepatica – monitorizare cu proceduri de înaltă performanţă la pacienții cu suspiciune de hepatocarcinom (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie), Creatinina, CT abdomen cu substanță de contrast / IRM abdomen cu substanță de contrast / Colangio-IRM	474 lei
2.	Ciroză hepatică – monitorizare pacienți cu ascită/hidrotorax	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, INR, Albumina, Glicemie, Creatinină, Na, K, Citodiagnostic lichid puncție, Administrare Albumină umană 20%, 100 ml	299 lei/ asigurat/serviciu
3.	Ciroză hepatică virală - monitorizare şi prescriere tratament antiviral****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemograma, INR, TGO, TGP, Albumina, Glicemie, Bilirubină totală, Bilirubină directă, Creatinină, Na, K	141 lei
4.	Hepatită cronică virală B – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Ac anti-VHD, Determinare cantitativă ADN VHB, Fibroscan	919 lei
5.	Hepatită cronică virală B fără agent delta – monitorizare tratament antiviral (Serviciu anual per	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, TGO, TGP, Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Determinare cantitativă ADN VHB,	544 lei

	asigurat)		
6.	Hepatită cronică virală B cu agent delta – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecţioase), Determinare cantitativă ARN VHD	453 lei
7.	Hepatită cronică virală B cu agent delta - Monitorizarea eficienței și stabilirea continuării terapiei antivirale (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecţioase), Determinare cantitativă ARN VHD	453 lei
8.	Hepatită cronică virală C – diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecţioase), Determinare cantitativă ARN VHC, Fibroscan	579 lei
9.	Boli inflamatorii intestinale – administrare şi prescriere tratament biologic****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie), HLG, Albumină, Glicemie, Creatinină, TGP, TGO, Na, K	110 lei
10.	Boli inflamatorii intestinale – monitorizare (Serviciu bianual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie), HLG, INR, Albumină, Glicemie, Creatinină serică, TGP, TGO, Fosfatază alcalină, Gama GT, Proteina C reactivă, VSH, Calprotectină în materii fecale (cantitativ), Feritina serică, Sideremie	328 lei
11.	Monitorizare lunară şi prescriere tratament antiviral B, C, D****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecţioase), Hemogramă, TGO, TGP, Creatinină	71 lei
12.	Stadializare fibroză hepatică – Fibroscan la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecţioase), Fibroscan	266 lei
13.	Evaluare postransplant hepatic (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (Gastroenterologie în Clinici de Gastroenterologie și Hepatologie - Transplant Hepatic), CMV Ig M, EBV Ig M, Tacrolinemie /sirolinemie/ciclosporinemie, AFP, Ecografie abdomen + pelvis, Determinare cantitativă ADN VHB sau ARN VHC	904 lei

14.	Depistarea şi controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare-tip I (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivaţii, Indicele gleznă-braţ (Doppler), Ecografie cardiacă, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educaţie în domeniul prevenţiei cardiovasculare	250 lei
15.	Depistarea şi controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare- tip II (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivaţii, Indicele gleznă-braţ (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere) sau Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educaţie în domeniul prevenţiei cardiovasculare	285 lei
16.	Depistarea şi controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare- tip III (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţii de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobină glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivaţii, Indicele gleznă-braţ (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere), Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educaţie în domeniul prevenţiei cardiovasculare	320 lei
17.	Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburari de coagulare / trombofilii ereditare şi dobandite	Consultaţii de specialitate obstetrică-ginecologie, Antitrombină III, Proteină C, Proteină S, Dozarea hemocisteinei serice, Control hemocisteină serică, Factor V Leyden, Anticoagulant lupic screening, Anticoagulant lupic confirmare, Ecografie obstetricală şi ginecologică	647 lei/serviciu
18.	Evaluarea şi tratamentul anemiei prin carenţă de fier cu fier injectabil intravenos - se recomandă numai la pacienţii cu un risc mare de sângerare pentru intervenţiile prevăzute în Anexa 1 la ordinul ministrului sănătăţii nr. 1251/2018 pentru aprobarea Ghidului de	Consultaţie de specialitate, analize de laborator: feritină serică, transferină, hemoleucogramă completă, sideremie, proteina C reactivă, glicemie, creatinină serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT; fier injectabil intravenos 500 mg	776 lei /asigurat/serviciu

	gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie		
19.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec	495 lei /asigurat/serviciu
20.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec	389 lei /asigurat/serviciu
21.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie şi biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	1.059 lei /asigurat/serviciu
22.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie şi biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo-patologic	952 lei /asigurat/serviciu
23.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	705 lei /asigurat/serviciu
24.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic	615 lei /asigurat/serviciu
25.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică	465 lei /asigurat/serviciu
26.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică	359 lei /asigurat/serviciu
27.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie şi biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la	1.011 lei /asigurat/serviciu

		flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	
28.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie şi biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultaţie de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo-patologic	905 lei /asigurat/serviciu
29.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultaţie de specialitate; consultaţie ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	664 lei /asigurat/serviciu
30.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	Consultaţie de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo-patologic	573 lei /asigurat/serviciu
31.	Depistarea şi controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip IV (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate cardiologie, Glicemie, Hemoglobina glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinină, Acid uric, TGO, TGP, EKG de repaus 12 derivaţii, Indicele gleznă-braţ (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere), Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului heart score, Educaţie în domeniul prevenţiei cardiovasculare, Angio CT	967 lei
32.	Depistarea şi controlul insuficienţei cardiace la populaţia la risc (incluzând examinare RMN cord şi determinarea NT-proBNP) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate cardiologie, RMN cord cu contrast, determinarea NT-pro BNP	1.007 lei
33.	Monitorizarea prin RMN cardiac a pacientului cu infarct miocardic acut în antecedente (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate cardiologie, EKG de repaus 12 derivaţii, Indicele gleznă-braţ (Doppler), Ecografie cardiacă, Rezonanţă magnetică nucleară cord cu contrast	805 lei

34.	Monitorizarea prin Angio CT cardiac a pacientului cu stent sau bypass coronarian (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie sau chirurgie cardiovasculară, Angio CT cardiac cu contrast	805 lei
35.	Monitorizarea prin Angio CT periferic a pacientului cu stent periferic, bypass periferic sau în urma unei proceduri de angioplastie periferică (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, chirurgie vasculară sau chirurgie cardiovasculară, Angio CT periferic cu contrast	480 lei
36.	Managementul sindroamelor coronariene cronice (Serviciu anual per asigurat)	Consult cardiologic, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, EKG, Angio CT coronarian	867 lei
37.	Evaluarea cardiomiopatiilor și a patologiei cardiace complexe (Serviciu anual per asigurat)	Consult cardiologic, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, ecocardiografie, EKG, test de efort, RMN	975 lei
38.	Evaluarea și monitorizarea ischemiei miocardice în sindromul coronarian cronic (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate cardiologie, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, uree, creatinină, ecocardiografie, EKG, test de efort, scintigrafie miocardică de stress și de repaus	1.181 lei
39.	Evaluarea riscului cardiovascular la pacienții cu istoric familial, prin depistarea mutațiilor genetice asociate cu risc crescut de boli cardiovasculare rare cu transmitere genetică (o dată în viață)	Consultație de specialitate cardiologie, hemoleucogramă, glicemie, lipidogramă, ionogramă, creatinină, creatinkinaza, BNP, ecocardiografie, EKG, testare genetică “next generation sequencing” panel boli cardiovasculare	1.840 lei/asigurat
40.	Boli alergice cu suspiciune de polisensibilizare și limitarea testării in vivo	Consultație de specialitate alergologie și imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex)	843 lei

	– **diagnostic*******) (Serviciu anual per asigurat)		
41.	Boli alergice cu suspiciune de polisensibilizare și limitarea testării in vivo – **monitorizare*******) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex)	843 lei
42.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene respiratorii și limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (set de 8 alergene moleculare respiratorii)	643 lei
43.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene respiratorii și limitarea testării in vivo – monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare respiratorii)	643 lei
44.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene alimentare și limitarea testării in vivo – diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare alimentare)	643 lei
45.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene alimentare și limitarea testării in vivo – monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 8 alergene moleculare alimentare)	643 lei

46.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene din veninuri de himenoptere şi limitarea testării in vivo - diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere)	493 lei
47.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la alergene din veninuri de himenoptere si limitarea testarii in vivo – monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere)	493 lei
48.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la medicamente şi limitarea testării in vivo – diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 4 alergene moleculare medicamentoase)	343 lei
49.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la medicamente şi limitarea testării in vivo – monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 4 alergene moleculare medicamentoase)	343 lei
50.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la latex şi limitarea testării in vivo – diagnostic*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 2 alergene moleculare din latex)	193 lei

51.	Boli alergice cu suspiciune de sensibilizare la latex şi limitarea testării in vivo – monitorizare*****) (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate alergologie şi imunologie clinică, IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex) (singleplex) (set de 2 alergene moleculare din latex)	193 lei
52.	Acondroplazia – monitorizare cu proceduri de înaltă performanţă la pacienţii cu suspiciune de complicaţii neurologice şi respiratorii severe (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate genetică medicală sau neurologie, creatinina serică, spirometrie, RMN craniu nativ şi cu substanţă de contrast	796 lei
53.	Boala Fabry – monitorizare (Serviciu bianual per asigurat)	Consultaţie de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, uree serică, creatinină serică, rata filtrării glomerulare, dozare proteine urinare, microalbuminurie, examen sumar de urina, colesterol seric total, trigliceride serice, LDL-colesterol, HDL-colesterol, Na seric, K seric, Ca seric total, Ecocardiografie+ Doppler color Spirometrie	255 lei
54.	Osteogenza imperfecta - monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, Ca seric total, fosfor seric, fosfataza alcalină, proteine totale serice, GOT, GPT, creatinină serică, eRFG, 25-OH Vit. D, examen complet de urină, DXA coloană lombară şi şold, radiografie coloană anteroposterior şi profil	256 lei
55.	Sindromul Down – monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultaţie de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă, sideremie, feritină, glicemie, colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Ca seric total, Na seric, K seric, proteina C reactivă, TSH, anticorpi anti-gliadina/anti-transglutaminaza tisulara, Examen complet de urină, EKG, Ecocardiografie + Doppler color, Audiogramă	409 lei
56.	Distrofie musculară Duchenne/Becker –	Consultaţie de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, hemoleucogramă completă,	291 lei

	monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	sideremie, feritină, glicemie, proteine serice totale, colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Na seric, K seric, Ca seric total, 25-OH vitamina D, VSH, proteina C reactivă, CK, TSH, examen complet de urină, EKG, ecocardiografie+ Doppler color, evaluare respiratorie functională, evaluare status nutrițional	
57.	Sindrom DiGeorge – monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, Hemoleucogramă completă, Calciu seric total, parathormon seric, TSH, FT4, EKG, ecocardiografie + Doppler color, ecografie renală, audiogramă, radiografie coloană vertebrală	381 lei
58.	Sindromul Williams – monitorizare (Serviciu anual per asigurat)	Consultație de specialitate clinică în specialitatea medicului care monitorizează asiguratul, Hemoleucogramă completă, sideremie, glicemie, colesterol total, trigliceride serice, GOT, GPT, creatinină serică, Na seric, K seric, Ca seric total și Ca urinar, 25-OH vitamina D, VSH, proteina C reactivă, TSH, examen complet de urină, EKG, ecocardiografie + Doppler color, ecografie renală	350 lei
59.	Hiperchilomicoanemie	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet si boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie, TGO, TGP, bilirubina directa, bilirubina totala proteine serice totale, albumina, GGT, fosfataza alcalina, LDH, TQ si INR, APTT fibinogen, TSH, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, trigliceride	223 lei
60.	Sindrom Smith Lemil Opitz	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet si boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie, TGO, TGP, colesterol total, colesterol HDL colesterol LDL, Lipaza, trigliceride	112 lei
61.	Boala depozitarii glicogenului	Consultatie de specialitate în specialitatea: pediatrie/diabet si boli metabolice Analize de laborator: Hemograma, glicemie TGO, TGP, bilirubina directa, bilirubina totala proteine serice totale, albumina, GGT, fosfataza alcalina, LDH, TQ si INR, APTT fibinogen, colesterol total, colesterol HDL colesterol LDL, acid uric, uree, creatinina microalbuminuria, CK, Na, K Investigatii imagistice: Ecografie abdomen,	324 lei

		Ecografie cord	
62.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale elective majore******)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin şi Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie şi terapie intensivă	319 lei
63.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale elective majore cu administrare de fier intravenos 500 mg******)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin şi Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie şi terapie intensivă Fier injectabil intravenos 500 -1000 mg	789 lei
64.	Evaluarea preoperatorie a pacienților programați pentru intervenții chirurgicale elective majore cu administrare de fier intravenos 1000 mg******)	Hemoleucograma completă, feritina serică, proteina C reactivă, glicemie, creatinina serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT, proteine totale, albumina serică, TGO, TGP, determinare grup sanguin şi Rh Consultație cardiologie EKG Ecografie cardiacă Consultație medic Anestezie şi terapie intensivă Fier injectabil intravenos 500 -1000 mg	1.258 lei
65.	Monitorizarea nou-născutului prematur	Consultație de specialitate în specialitatea: Pediatrie/oftamologie/neurologie/ dermatologie Analize de laborator: Hemograma, CRP, proteine totale, bilirubina directa, bilirubina totala, sideremie, IgM, IgG, uree, creatinina Investigatii imagistice: Ecografie abdominala, Ecografie cord, Ecografie sold, ETF	425 lei
66.	Gastroenterite alimentare si alergice la copii	Consultatii de specialitate în specialitatea: pediatrie/gastroenterologie/alergologie Analize de laborator: Hemograma, Frotiu sangvin, CRP, VSH, Proteine, Albumina serica, Colesterol, HDL colesterol, LDL colesterol, Trigliceride, Sideremie, Feritina IgE, TGO, TGP, Uree, Creatinina, APTT INR si timp Quick, Fibrinogen, Amilaza	519 lei

		Glicemie, Sodiu seric, Potasiu seric, Calciu ionic, Calciu total, Bicarbonat seric, Test pt hemoragii oculte, Antigen Helicobacter Pylori Investigatii imagistice: Ecografie abdomen	
67.	Evaluarea cardiologica a bolnavului oncologic, inainte de initierea tratamentul chimio si /sau radioterapic	Consultație de specialitate în specialitatea cardiologie EKG- 12 derivatii, Ecocardiografie Doppler color, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, trigliceride, glicemie, TGO, TGP, creatinina cu RFGe, uree, Ionograma serica completa, acid uric, Hemoleucograma, feritina, coeficiet de saturatie al transferinei, sideremie, FT4, TSH	328 lei
68.	Evaluarea cardiologica a bolnavului oncologic, in timpul chimio/radioterapiei	Consultație de specialitate în specialitatea cardiologie EKG 12 derivatii, Ecografie Doppler vasculara periferica (artere sau vene), Ecocardiografie Doppler color, inclusiv GLS (deformare longitudinala globala), Holter EKG /24 sau 72 ore sau TA/24 ore Creatinina cu RFGe, uree, proteine serice totale, electroforeza proteinelor serice, TGO, TGP, D-Dimeri, NT-proBNP, ionograma serica, Hemoleucograma completa, sideremie, feritina, coeficient de legare al transferinei	550 lei
69.	Tratamentul cariei simple la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul cariei simple	693 lei
70.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	738 lei
71.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare	728 lei
72.	Tratamentul afecțiunilor pulpare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor pulpare	793 lei
73.	Tratamentul gangrenei pulpare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul gangrenei pulpare	833 lei

74.	Tratamentul paradontitelor apicale prin incizie la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul paradontitelor apicale prin incizie	723 lei
75.	Tratamentul afecțiunilor paradonțiului la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor paradonțiului	670 lei
76.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	621 lei
77.	Extracția dinților temporari la copii cu nevoi speciale	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Extracția dinților temporari	621 lei
78.	Extracția dinților permanenți la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Extracția dinților permanenți	698 lei
79.	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	653 lei
80.	Decapușonarea la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Decapușonare	631 lei
81.	Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare la copii cu nevoi speciale sau adulți cu dizabilități	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Reducerea luxației articulației temporo-mandibulare	630 lei
82.	Fluorizare la copii cu nevoi speciale	Consultație anestezie și terapie intensivă Sedare procedurală Fluorizare	637 lei

****) Monitorizare şi administrare tratament afecţiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

Serviciile de la poz. 14, 15 şi 16 nu se pot efectua şi raporta concomitent la un pacient într-un an.

Pentru serviciul de la poz. 17:

Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie şi celelalte unităţi sanitare cu paturi, care au în structură secţii sau compartimente de obstetrică-ginecologie şi neonatologie ierarhizate la nivelul 3 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităţilor spitaliceşti, a secţiilor şi compartimentelor de obstetrică-ginecologie şi neonatologie, cu modificările şi completările ulterioare.

Se acordă în trimestrul I sau II de sarcină, la gravidele cu cel puţin unul din următorii factori de risc vascular şi obstetrical:

• antecedente personale de boală tromboembolică;

• istoric familial (rude de gradul I cu boala tromboembolică sau antecedente heredocolaterale pozitive de trombofilie);

• avorturi recurente de prim trimestru, de cauză necunoscută;

• sarcini oprite în evoluţie;

• naştere prematură;

• hipertensiune arterială indusă de sarcină;

• dezlipire de placentă normal inserată;

• insuficienţă placentară.

*****)Pentru serviciile de la poz. 40 şi 41: investigaţia lgE specifice serice pentru alergene moleculare multiple (multiplex) cuprinde minim următoarele alergene moleculare: Der p/f 1, Der p/f 2, Der p 10, Der p 23 (acarieni din praf de casă); Alt a 1, Alt a 6, Asp f 1; Asp f 3, Asp f 6 (fungi);Fel d 1, Fel d 2, Fel d 4 (epitelii pisică); Can f 1, Can f 2, Can f 3, Can f 4 (epitelii câine); Bet v 1, Bet v 2 (polen mesteacăn); Phl p 1, Phl p 2, Phl p 5, Phl p 6, Phl p 7, Phl p 12 (polen graminee); Art v 1 (polen Artemisia vulgaris); Amb a 1 (polen Ambrosia artemisiifolia); Bos d 4, Bos d 5, Bos d 6, Bos d 8 (lapte de vacă); Gal d 1, Gal d 2, Gal d 3, Gal d 5 (ou găină); Gly m 4, Gly m 5, Gly m 6 (soia); Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 6, Ara h 8, Ara h 9 (arahide); Cor a 1, Cor a 8, Cor a 9, Cor a 14 (alune de pădure); Jug r 1, Jug r 3 (nuci); Ana 0 3 (caju); Ses i 1 (susan); Tri a 14, Tri a 19, Tri a aA_Tl (grâu); Pru p 3 (piersică); Mal d 1 (măr); Act d 1, Act d 5 (kiwi); Pen m 1, Pen m 2, Pen m 4, Gad c 1/Gad m 1 (fructe de mare si peste); Hev b 1, Hev b 3, Hev b 5, Hev b 6, Hev b 8 (latex natural).

Pentru serviciile de la poziţiile 42 şi 43, se contractează numai cu unităţile sanitare care au angajaţi medici din specialitatea alergologie şi imunologie clinică şi pentru a fi decontată de CNAS investigaţia „IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)” trebuie să cuprindă un set de 8 alergene moleculare respiratorii din următoarea listă: Der p 1, Der p 2, Der p 23 (acarieni din praf de casă); Alt a 1, 3 Asp f 1, Asp f 2 (fungi); Fel d 1 (epitelii pisică); Can f 1, Can f 2, Can f 5 (epitelii câine); Bet v 1 (polen mesteacan); Phl p 1, Phl p 5 (polen graminee); Art v 1 (polen Artemisia vulgaris); Amb a 1 (polen Ambrosia artemisiifolia var elatior).

Pentru serviciile de la poziţiile 44 şi 45, se contractează numai cu unităţile sanitare care au angajaţi medici din specialitatea alergologie şi imunologie clinică şi pentru a fi decontată de CNAS investigaţia „IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)” trebuie să cuprindă un set de 8 alergene moleculare alimentare din următoarea listă: alfa-lactalbumina Bos d 4, beta-lactoglobulina Bos d 5, albumina serica Bos d 6, cazeina Bos d 8 (lapte de vacă); alfa-Gal (tiroglobulina bovină); ovomucoid Gal d 1, ovalbumina Gal d 2, conalbumina Gal d 3, lizozim Gal d 4 (ou găina); Gly m 5, Gly m 6 (soia); Ara h 1, Ara h 2, Ara h 3, Ara h 9 (arahide); Cor a 9, Cor a 14 (alune de pădure); Jug r 1 (nuci), Ana o 3 (caju), Tri a 14, omega-5 gliadina Tri a 19 (grâu); Pru p 3, Pru p 7 (piersică); Pen m 1/Pen a 1, Gad c 1 (crevete si peşte cod).

Pentru serviciile de la poziţiile 46 şi 47, se contractează numai cu unităţile sanitare care au angajaţi medici din specialitatea alergologie şi imunologie clinică şi pentru a fi decontată de CNAS investigaţia „IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)” trebuie să cuprindă un set de 6 alergene moleculare din veninuri de himenoptere: Api m 1, Api m 3, Api m 4, Api m 10 (venin albină), Ves v 1, Ves v 5 (venin viespe).

Pentru serviciile de la poziţiile 48 şi 49, se contractează numai cu unităţile sanitare care au angajaţi medici din specialitatea alergologie şi imunologie clinică şi pentru a fi decontată de CNAS investigaţia „IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)” trebuie să cuprindă un set de 4 alergene moleculare medicamentoase: peniciloil G, peniciloil V, ampiciloil/ampicilina, amoxiciloil/amoxicilina (molecule şi determinanti antigenici peniciline).

Pentru serviciile de la poziţiile 50 şi 51, se contractează numai cu unităţile sanitare care au angajaţi medici

din specialitatea alergologie şi imunologie clinică şi pentru a fi decontată de CNAS investigaţia „IgE specifice serice pentru alergen molecular individual (singleplex)" trebuie să cuprindă un set de 2 alergene moleculare din latex: Hev b 5, Hev b 6 (latex natural).

******) Se acordă numai pentru pacienţii care urmează a fi supuşi intervenţiilor chirurgicale elective majore:

- chirurgie generală, ginecologică şi toracică: Hemihepatectomie, Adrenalectomie, Esofagectomie, Duodeno-pancreatectomie, Gastrectomie, Hemicolectomie, Splenectomie, Alte intervenţii mari pe abdomen, bazin sau torace
- chirurgie vasculară: Chirurgia vaselor mari, Amputaţii de membre inferioare
- neurochirurgie: Osteosinteză, repoziţionare deschisă şi osteoplastia coloanei vertebrale, Craniotomia, incizarea meningelor şi/sau a creierului
- ortopedie-traumatologie: Operaţii pe bazin şi articulaţia şoldului, Operaţii pe coloana vertebrală, Plastie cu lambouri, Operaţii pe coapsă (osteosinteză, osteotomie), Pacienţi politraumatizaţi, Operaţii la nivelul braţului (endoproteze, osteosinteză, osteotomie)
- urologie: Cistectomie, Nefrectomie (inclusiv parţială), Prostatectomie deschisă
- chirurgie cardiacă: Intervenţii care necesită circulaţie extra-corporeală, Pericardectomii

Pacienţii care sunt propuşi pentru acest tip de intervenţii au, de multe ori, comorbidităţi asociate şi un status nutriţional precar.

B.4.2. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează şi în ambulatoriul de specialitate clinic şi se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii, şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif/serviciu - lei -
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deţine documente medicale care să ateste existenţa în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)*1)	Consultaţii de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecţia CMV, hepatită B	733

		şi C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau (până la S23 + 6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28 + 6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33 + 6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37 + 6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)*1)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecţii cu risc pentru sarcină (hepatită B şi C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau (până la S23 + 6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 – S28 + 6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33 + 6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 – S37 + 6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	450
3.	Screening prenatal (S11 - S19 + 6 zile) *2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrative a	639

		rezultatelor) Dublu test / triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19 + 6 zile)	
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Creatinina serică Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urină (sumar + sediment) Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică	163
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Sodiu seric Potasiu seric Examen complet de urină (sumar + sediment) Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Ecografie obstetricală și ginecologică	165
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	164
7.	Depistarea precoce a cancerului de sân *4)	Consultatie chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Comunicare rezultat	238
8a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5a)	Consultație chirurgie generală/obstetrica-ginecologie Efectuare mamografie digitală*10) Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	342
8b.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune identificată mamografic *5b)	Consult chirurgie generală / obstetrică-ginecologie Mamografie digitală *10) Mamografie cu tomosinteză unilateral Senologie imagistică*10) Comunicare rezultat	702
9.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV	198

		Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	
9a.	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice ale sânului identificate mamografic şi ecografic *6a)	Puncție biopsie mamară ghidată ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic procedura completă HE şi coloraţii speciale (1 - 3 blocuri) *10a) Teste imuno-histochimice *10a) Comunicare rezultat	953
9b	Depistarea precoce a cancerului de sân cu suspiciune de leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului identificate mamografic şi / sau ecografic *6b)	Puncție biopsie mamară cu vacuum ghidată mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat*10a) Examen histopatologic *10a) Examen imunohistochimic *10a) Comunicare rezultat	3.080
10.	Depistarea si diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat si consiliere privind conduita in funcție de rezultate	244
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu biopsie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	251
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9)	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	453

*1) Se contractează cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie şi cu celelalte unităţi sanitare cu paturi, care au în structură secţii sau compartimente de obstetrică-ginecologie şi neonatologie.

Serviciile de la poz. 1 şi 2 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă pentru aceeaşi sarcină a aceleiaşi paciente.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidenţă a acesteia de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În situaţia în care serviciile medicale corespunzătoare poziţiilor 1 şi 2 se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare poziţiei 3.

Rezultatele serviciilor se consemnează complet în scrisoarea medicală şi Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

*2) Se contractează cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie şi cu celelalte unităţi sanitare cu paturi, care au în structură secţii sau compartimente de obstetrică-ginecologie şi neonatologie şi laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test.

Se decontează un singur serviciu medical per gravidă care se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile de sarcină.

*3) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie şi cu celelalte unităţi sanitare cu paturi, care au în structură secţii sau compartimente de obstetrică-ginecologie şi neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1881/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale și a interpretării mamografiei în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.
Serviciile de la poziția 7 se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat negativ la interpretarea mamografiilor digitale.

*5a) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, a interpretării mamografiei și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.
Serviciile de la poziția 8a se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale.

*5b) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie digitală, care:
1.nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă leziuni și densități asimetrice la interpretarea mamografiei digitale sau / și;
3. necesită evaluarea potențialelor distorsiuni arhitecturale și diferențierea acestora față de țesutul glandular sau /și;
4. prezintă suspiciunea unei densități acoperită de țesutul glandular.
Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la examenul de depistare precoce a cancerului de sân.
În vederea validării, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, furnizorii de servicii specifice (tehnician radiolog, medic specialitatea radiologie imagistică medicală, medic cu atestat /competență senologie imagistică) au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării mamografiei digitale, interpretării mamografiei, efectuării și interpretării mamografiei cu tomosinteză unilateral și a efectuării ecografiei mamare în platforma informatică de screening specifică, în scopul depistării precoce a cancerului de sân. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.
Serviciile de la poziția 8b se raportează și decontează numai pentru femeile care au un rezultat pozitiv la interpretarea mamografiilor digitale și care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru mamografie digitală cu tomosinteză.

*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 35 - 64 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale colului uterin şi la femeile din grupa de vârstă 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic şi care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

Se efectuează prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.
În cazul unui rezultat pozitiv la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 64 ani se indică triaj citologic.

În cazul unui rezultat negativ, se repetă peste 5 ani.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

Serviciul se validează după consultaţia a II-a în cadrul căreia se comunicarea rezultatului şi se indică conduită în funcţie de rezultat; serviciul se efectuează cu raportarea obligatorie a rezultatului la test se raportează către programul naţional de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezintă absenţa congenitală a colului uterin;
2. prezintă histerectomie totală pentru afecţiuni benigne;
3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

*6a) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice ale sânului

În vederea validării în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, medicul care efectuează procedura de biopsie, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare ghidate ecografic și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*6b) Se efectuează ulterior efectuării serviciilor de la pozițiile 8a/8b, în cadrul depistării precoce a cancerului de sân, la femei asimptomatice din grupa de vârsta 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie și / sau ecografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. prezintă imagistic leziuni infraclinice (microcalcificări) ale sânului

În vederea validării în cadrul screeningului pentru cancerul de sân, medicul care efectuează procedura, respectiv medicul care eliberează rezultatele testelor histopatologice și imunohistochimice au obligativitatea introducerii datelor corespunzătoare efectuării puncției biopsie mamare cu vacuum și a rezultatului anatomopatologic, în platforma informatică de depistare precoce a cancerului de sân.

*7) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

*8) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic.

Serviciile de la poz. 9, 10 şi 11 nu se pot efectua şi raporta concomitent la o pacientă.

Citirea şi interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităţilor sanitare în care s-au înfiinţat unităţi de asistenţă tehnică şi management ale programului de screening pentru cancer şi care au organizat o reţea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii.

*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 şi 10.

*10) Tariful pentru serviciul de la pozițiile 7, respectiv 8a/8b, este același, indiferent dacă mamografia digitală /ecografia de sân, după caz, se efectuează pentru un sân sau pentru ambii sâni.

*10a) Tariful pentru serviciul de la poziția 9a/9b este pentru o procedură de puncție biopsie a sânului și testele histopatologice și imunohistochimice aferente acesteia.
NOTA1a.
- tehnicienii radiologi care efectuează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 40 ore de pregătire;
- medicii care interpretează mamografiile digitale, și medicii care efectuează ecografii mamare în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire;
- cel puțin unul din medicii care interpretează mamografiile digitale în cadrul serviciilor de la pozițiile 7, 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe de senologie imagistică iar celălalt este necesar să aibă specialitatea radiologie imagistică medicală;
- medicii care interpretează mamografia digitală cu tomosinteză în cadrul serviciilor de la poziția 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;
- medicii care efectuează ecografie mamară în cadrul serviciilor de la pozițiile 8a, 8b, trebuie să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică.
NOTA1b. Serviciile de la poziția 7 se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.
NOTA1c. Serviciile de la poziția 7 se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *4).
În cazul în care serviciile de la poziția 7 nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi, pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării acestora de către un centru oncologic regional de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *4).
NOTA 1d. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea mamografiei digitale și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.
NOTA1e. Serviciile de la pozițiile 8a, 8b se pot contracta de către furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi în condițiile în care pot fi furnizate complet și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).
În cazul în care serviciile de la pozițiile 8a, 8b nu pot fi furnizate complet, furnizorii de servicii imagistice din ambulator / unități sanitare cu paturi pot efectua doar examinarea imagistică (mamografia digitală) în condițiile subcontractării de către un centru oncologic regional de de depistare precoce a cancerului de sân și conform criteriilor aferente *5a) respectiv *5b).
NOTA2a.
- medicii din specialitățile chirurgie generală, obstetrică ginecologie, respectiv oncologie medicală, radioterapie și radiologie si imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire;
- medicii din specialitățile oncologie medicală, radioterapie și radiologie si imagistică medicală care efectuează puncții biopsii mamare ghidate ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9a, trebuie facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;
- medicii care efectuează puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat, în cadrul serviciilor de la poziția 9b, trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de senologie imagistică de depistare precoce a cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire, să aibă permis CNCAN nivel 2 (pentru puncții biopsii mamare cu vacuum ghidate mamografic) și să facă dovada absolvirii unui atestat / competențe în senologie imagistică;

- medicii din specialitatea anatomopatologie care efectuează testele histopatologice şi imunohistochimice aferente puncției biopsie a sânului în cadrul serviciilor de la poziția 9a, 9b trebuie să facă dovada absolvirii unui curs specific de anatomopatologie a leziunilor sânului în cadrul depistării precoce a cancerului de sân cancerului de sân, cu durata minimă de 60 ore de pregătire.
NOTA2b. Serviciile de la poziția 9a se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu ghidaj ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.
NOTA2c. Serviciile de la poziția 9b se validează cu cardul de asigurat (pentru persoane asigurate) la efectuarea puncției biopsie mamare cu vacuum cu ghidaj mamografic (stereotactic) sau ecografic, cu marcaj aplicat și se decontează după raportarea în platforma de depistare precoce a cancerului de sân / SIUI a tuturor serviciilor aferente acestei poziții.

NOTĂ pentru litera B:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum şi serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte, după caz).

2. Serviciile medicale spitaliceşti care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare cu paturi şi cu unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătăţii structuri de spitalizare de zi.

3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate şi în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicaţii sau comorbidităţi cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleţiei volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.

4. Pentru fiecare poziţie din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1, B.3.2, B.4.1. şi B.4.2. se întocmesc fişe de spitalizare de zi distincte.

5. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitaliceşti prevăzute la litera A. Excepţie face situaţia în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciul medical prevăzut la punctul B.3.1, poziţia 1, 3 şi 4, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda acest serviciu.

6. Serviciile prevăzute la poziţiile 7, 8, 40, 41, 42, 49, 53, 54, 59, 60, 61 şi 62 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, şi diagnostic/depistare.

7. Serviciile prevăzute la poziţiile 40 şi 41 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienţilor cu afecţiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziţia 1 din tabelul de la lit. B.3.1

8. Criteriile pe baza căruia se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi sunt:

a) situaţia de urgenţă medico-chirurgicală pentru:

a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 poziţiile 34, 35, 108 şi 109 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.

a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 poziţiile 88, 89, 96 şi 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.

b) diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la litera B, cu excepţia celor de la lit. a), care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.

9. Pentru perioada în care un pacient are deschisă o fişă de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia şi de servicii medicale în ambulatoriul de

specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condiţiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu.

C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
- cranio-cerebrale - coloană vertebrală - torace - abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgenţe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută
8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni).

Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgenţe în patologia demielinizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele de contrast iodate).

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II

Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă şi de zi şi se acordă în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare continuă sunt:

a) urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;

b) boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;

c) naşterea.

2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi sunt:

a) situaţia de urgenţă medico-chirurgicală, pentru:

a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 poziţiile 34, 35, 108 şi 109 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie

a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 poziţiile 88, 89, 96 şi 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii,

b) epidemiologie pentru bolnavii care necesită tratament în afecţiuni care nu necesită izolare pentru serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.1 poziţiile 3 şi 4 şi punctul B.3.2 poziţia 59, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii.

3. Pentru criteriul urgenţă medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgenţă.

4. Pentru servicii medicale din pachetul minimal furnizorii de servicii medicale spitaliceşti nu solicită bilet de internare.

CAPITOLUL III

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. II, precum şi de serviciul medical prevăzut la cap. I lit. B.3.1 poziţia 1. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti nu solicită bilet de internare.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în asistenţa medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti acordă serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţiei Elveţiene/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Serviciile medicale prevăzute la capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

ANEXA 23

CONDIŢIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂŢI SANITARE CU PATURI ŞI MODALITĂŢILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

ART. 1

Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

ART. 2

Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.

2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

ART. 3

Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 26 la ordin.

Tarifele pentru spitalizare de zi sunt prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

ART. 4

(1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabileşte cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel judeţean de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică/direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie şi se avizează de Ministerul Sănătăţii şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică şi avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile. Fundamentările transmise Ministerului Sănătăţii şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se elaborează pe baza unei metodologii care are în vedere următoarele criterii:

a. obiectivele asumate prin Masterplanurile regionale de servicii medicale, respectiv planurile de servicii medicale aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii;

b. asigurarea specialităţilor de bază;

c. prioritizarea îngrijirilor acute şi a specialităţilor chirurgicale;

d. numărul de cazuri realizate de furnizorii aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate în ultimii patru ani calendaristici anteriori;

e. nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe tipuri de servicii medicale spitaliceşti, corelată cu indicatorii de morbiditate;

f. nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe specialităţi, corelată cu indicatorii de morbiditate;

g. existenţa altor tipuri de furnizori la nivel teritorial, care asigură accesul pacienţilor la servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea asigurării unui traseu optim al pacientului;

h. gradul de utilizare a paturilor pentru structurile aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anii anteriori;

i. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele cu specific chirurgical;

j. complexitatea cazurilor rezolvate;

k. gradul de acoperire cu resurse umane a structurilor funcţionale/secţiilor/compartimentelor unităţii sanitare;

l. servicii medicale acordate asiguraţilor din alte judeţe;

m. prioritizarea structurilor funcţionale/secţiilor/compartimentelor unităţii sanitare pentru care nu se percepe contribuţie personală;

n. ponderea cheltuielilor de personal în totalul sumei decontate de casa de asigurări de sănătate în ultimii patru ani calendaristici anteriori;

o. condiţii specifice la nivel teritorial.

La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurări de sănătate/direcţiile de sănătate publică, vor avea în vedere necesarul de servicii medicale pe specialităţi inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraţilor din alte judeţe, specialităţile deficitare şi condiţiile specifice existente la nivel local.

În situația în care, pe parcursul derulării contractului, numărul de paturi contractabile din structura unei unități sanitare cu paturi se modifică prin reașezarea pe secțiile/compartimentele spitalului, fără modificarea numărul de paturi contractabile de la nivelul spitalului, nu este necesară solicitarea avizului Ministerul Sănătății și al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Comisia constituită potrivit lit. a) pct. 3 informează Casa Naţională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății cu privire la modificările numărului de paturi contractabile din structura unității sanitare cu paturi în cazul în care se modifică prin reașezarea pe secțiile/compartimentele spitalului, fără modificarea numărul de paturi contractabile de la nivelul spitalului.

4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional, luat în calcul la stabilirea capacităţii spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile este:

4.1. pentru secţii/compartimente de acuţi 290 zile

4.2. pentru secţii/compartimente de cronici şi îngrijiri paliative 320 zile

4.3. pentru secţii/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.

5. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de secţii/compartimente;

6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;

7. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcţie de numărul de paturi contractabile;

8. indice de complexitate a cazurilor;

9. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.

13. tarif pe zi de spitalizare pentru secţii compartimente de cronici

14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A la ordin pentru spitalele de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi durata medie de spitalizare la nivel naţional - DMS_nat - este 5,61 pentru spitalele de acuţi care nu sunt finanţate pe baza sistemului DRG.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum şi numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în structura de spitalizare de zi a spitalului aprobată/avizată, precum şi în cadrul centrelor multifuncţionale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condiţiile prevederilor Hotărârii Guvernului privind aprobarea Planului naţional de paturi.

(4) Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti care înfiinţează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract şi/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiţii de contractare.

În situaţia în care furnizorul de servicii medicale spitaliceşti se regăseşte în anexa nr. 23 A la ordin, contractarea şi decontarea pentru afecţiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti va fi evidenţiată distinct în anexa nr. 23 A la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-înfiinţate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM şi TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, contractarea se face pe baza tarifului mediu pe caz rezolvat (non_DRG).

Pentru fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitaliceşti care are în componenţă secţii/compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derulării contractului pentru secţiile/compartimentele de acuţi nou înfiinţate ale furnizorului de servicii medicale spitaliceşti care se regăseşte în anexa nr. 23 A, contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevăzut în anexa nr. 23 A.

(5) În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul descreşterii, suma contractată se diminuează corespunzător având în vedere valoarea procentului de referinţă (P) aferent noii clasificări; economiile rezultate se repartizează de către casa de asigurări de sănătate, spitalelor cu care aceasta se află în relaţii contractuale, în funcţie de criteriile avute în vedere la contractare.

În situaţia în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creşterii, valoarea procentului de referinţă (P) nu se modifică şi suma contractată nu se recalculează corespunzător noii clasificări.

ART. 5

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

a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti, pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix valabil pentru anul în curs x tarif pe caz ponderat pentru anul în curs, respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

SC = P x (Nr_pat x IU_pat / DMS_spital) x ICM x TCP

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului naţional de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secţiile şi compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP şi ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat şi, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A.

Valoarea procentului de referinţă (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcţie de competenţe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei şi a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcţie de competenţă, cu modificările şi completările ulterioare şi este:

a) pentru categoria I: P = 85%;

b) pentru categoria IM: P = (P - 4)%;

c) pentru categoria II: P = (P - 3)%;

d) pentru categoria IIM: P = (P - 5)%;

e) pentru categoria III: P = (P - 5)%;

f) pentru categoria IV: P = (P - 15)%;

g) pentru categoria V: P = (P - 23)%;

h) pentru spitalele neclasificabile: P = (P - 33)%.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_spital se înlocuieşte cu DMS_nat.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată) / (ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2. Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul în curs este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul în curs este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabileşte pentru fiecare spital şi rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel naţional, precum şi definirea termenilor utilizaţi - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non_DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non_DRG) pentru anul în curs este cel prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre şi luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

b) suma pentru spitalele de boli cronice precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul în curs, în funcţie de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţii/compartimente de cronici şi de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la ordin, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.

2. Durata de spitalizare pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 25 la ordin.

Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

3. Tarifele pe zi de spitalizare sunt cele prevăzute în anexa nr. 23 C la ordin.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu sau în regim ambulatoriu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul în curs x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în anexa nr. 23 C la ordin.

c) suma aferentă Programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, finanţată din fondul alocat pentru programele naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programelor naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi pe tipuri/cazuri rezolvate şi tarifele aferente acestora sunt prevăzute în anexa nr. 22 la ordin.

h) suma pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi prin prezentul ordin, finanţate din fondurile alocate cu această destinaţie.

i) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic-caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic-caz exprimat în lei, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în anexa 7 la prezentul ordin; suma contractată se regăseşte în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic.

j) suma corespunzătoare alocaţiei de hrană în condiţiile art. 229 alin. (5) şi art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii, care face obiectul unui act adiţional la contract pentru unităţile sanitare publice. Cheltuielile aferente alocaţiei de hrană în unităţile sanitare publice se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătăţii, către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e), f) şi h) ale alin. (1) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistenţă medicală încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2 poziţiile 34, 35, 108 şi 109 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical şi sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situaţiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non DRG) aferent spitalizării continue, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unităţii sanitare cu paturi şi decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate servicii acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

ART. 6

(1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.

(2) Diferenţa de 5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti.

ART. 7

(1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti şi alocate caselor de asigurări de sănătate, se contractează de către acestea prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul în curs, precum şi pentru încheierea de contracte noi. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condiţiile avute în vedere la contractare şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi. Încheierea de contracte noi se face cu informarea ordonatorului principal de credite şi la contractare casa de asigurări de sănătate are în vedere încadrarea în numărul de paturi contractabile la nivel de judeţ, îndeplinirea tuturor condiţiilor de contractare, necesarul de servicii medicale şi încadrarea în fondurile alocate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti, cu respectarea prevederilor de la art. 5 alin. (1).

(2) Pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, din fondurile prevăzute la art. 6 alin. (2) precum şi din fondurile prevăzute la alin. (1), pot fi contractate cu spitalele/secţiile/compartimentele de acuţi, servicii medicale acordate de la data încheierii actului adiţional, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

(Nr_pat x IU_pat / DMS_spital) x ICM x TCP / 12 luni

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului naţional de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP şi ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat şi, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi şi la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuieşte cu DMS_nat.

ART. 8

Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti/cazuri rezolvate cu tarifele stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9

Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate, conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz;

1.3. tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul în curs, prevăzut în anexa nr. 23 A la ordin.

Decontul de cheltuieli eliberat asiguraţilor de către spitalele private pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG pentru care se încasează contribuţia personală a asiguraţilor, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.

2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, în funcţie de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Numărul de cazuri rezolvate, validate şi decontate este număr întreg.

Pentru trimestrele I şi II ale anului 2023 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

La regularizare se utilizează tarifele corespunzătoare prevederilor legale în vigoare.

2.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz

2.3. TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în anexa nr. 23 A la ordin.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă şi nu se înregistrează depăşiri la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor aferente spitalizării continue se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), fără a se depăşi media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

b) pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

b1) pentru spitalele de boli cronice şi pentru secţiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate

Numărul de cazuri externate şi raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

1.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin, dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta, sau durata efectiv realizată, dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în anexa nr. 25 la ordin;

1.3. tariful pe zi de spitalizare.

În cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi internări dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradele II şi III, pneumoftiziologie adulţi şi copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi validat pentru luna pentru care se face decontarea şi de tarifele pe zi de spitalizare.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Prin excepţie, în cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

În situaţia în care serviciile medicale spitaliceşti acordate persoanelor aflate sub incidenţa art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, depăşesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia, în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiţionale de suplimentare a sumelor

contractate, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate;

2. trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcţie de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, şi până la sfârşitul trimestrului respectiv.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Pentru trimestrele I și II ale anului 2023 regularizarea se face cu respectarea prevederilor legale în vigoare corespunzătoare.

2.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin, dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta, sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în anexa nr. 25 la ordin;

2.3. tariful pe zi de spitalizare.

În cazul spitalelor/secţiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată - ani, precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradele II şi III, pneumoftiziologie adulţi şi copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi validat pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv şi de tarifele pe zi de spitalizare.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Prin excepţie, în cazul spitalelor/secţiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, la nivelul realizat, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate, confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă cronici, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situaţia în care atât contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate şi decontate, cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate şi validate, cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea cazurilor pentru spitalizare

continuă cronici realizate şi validate se face la nivelul contractat, cu excepţia bolnavilor aflaţi sub incidenţa art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. b), fără a se depăşi media lunară a sumei stabilite conform art. 5 alin. (1) lit. b), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

b2) pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru servicii paliative în regim de spitalizare continuă se face în funcţie de:

1.1. numărul de zile de spitalizare realizat şi validat

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe zi de spitalizare

2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate pentru servicii paliative în funcţie de:

2.1. numărul de zile de spitalizare realizate raportate şi validate pentru trimestrul pentru care se face regularizarea.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful pe zi de spitalizare

c) pentru serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz, ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de boli cronice, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri externate raportate şi validate

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Trimestrial se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuţi, în funcţie de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate şi validate în ordine cronologică în funcţie de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de cazuri rezolvate, validate şi decontate este număr întreg.

2.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuţi, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate, validate şi decontate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuţi realizate şi validate cât şi contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.

În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare în situaţia în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), fără a se depăşi media lunară a sumei stabilită conform art. 5 alin. (1) lit. a), iar eventualele diferenţe din nerealizări se diminuează prin act adiţional.

d) suma aferentă Programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, se decontează conform prevederilor Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi ale Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programelor naţionale cu scop curativ, se decontează conform prevederilor Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate şi ale Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, cabinete de boli infecţioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se

face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcţie de:

1.1. numărul de cazuri/servicii raportate şi validate

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract pentru spitalizare de zi, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe serviciu/caz rezolvat

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

2.1. numărul de cazuri rezolvate/servicii, raportate şi validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv;

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful pe caz rezolvat/serviciu

Contravaloarea serviciilor/cazurilor rezolvate calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare de zi.

În situaţia în care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate şi validate este peste cea contractată, casele de asigurări de sănătate pot deconta această depăşire în limita economiilor înregistrate în spitalizarea continuă acuţi.

În situaţia în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare cu destinaţia servicii de spitalizare de zi, iar eventualele diferenţe se diminuează prin act adiţional.

i) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic-caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic-caz exprimat în lei, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în anexa 7 la prezentul ordin; suma contractată se regăseşte în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic;

j) suma pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi prin prezentul ordin, finanţate din fondurile alocate cu această destinaţie.

k) suma corespunzătoare alocaţiei de hrană în condiţiile art. 229 alin. (5) şi art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii, care face obiectul unui act adiţional la contract pentru unităţile sanitare publice. Cheltuielile aferente alocaţiei de hrană în unităţile sanitare publice se asigură prin transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătăţii, către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 10

Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate şi după caz, din sumele corespunzătoare contribuţiei personale a asiguratului:

a) cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea

necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective;

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătăţii din fondul alocat serviciilor de ambulanţă;

c) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective.

ART. 11

(1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asiguraţii suportă, în cazul spitalizării continue, contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană conform actelor normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu grad ridicat de confort se stabileşte de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitaliceşti, cu obligaţia asigurării accesului asiguraţilor la servicii medicale spitaliceşti acordate în condiţii hoteliere standard. Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăşi cuantumul de 300 de lei/zi. Tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

(2) Spitalele încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile/compartimentele cu paturi din unităţile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare şi aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitaliceşti, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepţie fac serviciile medicale spitaliceşti acordate în secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitaliceşti pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitaliceşti pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitaliceşti pentru pacienţii din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum şi serviciile medicale spitaliceşti de lungă durată - ani şi serviciile medicale spitaliceşti pentru care criteriul de internare este urgenţa medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplăţii este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administraţie al unităţii sanitare respective.

(3) Furnizorii publici de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata şi contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu grad ridicat de confort. Contravaloarea serviciilor de cazare cu grad ridicat de confort nu poate depăşi cuantumul de 300 de lei/zi. Tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

(4) Furnizorii privaţi aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continua pot încasa din partea asiguratului:

a) sumele prevăzute la alin. (3).

b) o sumă reprezentând contribuţia personală, cu consimţământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale şi nemedicale pe care urmează să le primească şi costurile asociate acestora - pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG. Modelul consimţământului este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

Contribuţia personală reprezintă diferenţa dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, şi este afişată pe pagina de internet a furnizorilor privaţi de servicii medicale şi la sediul acestora, într-un loc vizibil.

Contribuţia personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcţie de evoluţia clinică, cu consimţământul acestuia sau al reprezentantului legal. Modelul devizului estimativ este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

Furnizorii privaţi au obligaţia să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit de documentele fiscale, detaliate conform decontului al cărui model este prevăzut în anexa 23 E la ordin.

(5) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi documente şi/sau după caz declaraţie pe proprie răspundere că îndeplineşte condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

ART. 12

(1) Spitalele, inclusiv centrele de sănătate multifuncţionale cu şi fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi, şi după caz, din sumele corespunzătoare contribuţiei personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secţiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum şi pentru investigaţii paraclinice şi pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare, materiale sanitare, precum şi toate cheltuielile necesare pentru situaţiile prevăzute la art. 10 lit. a), b) şi c), cu excepţia:

a. medicamentelor şi materialelor sanitare, pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate;

b. dispozitivelor medicale şi serviciilor de tratament şi/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru unele afecţiuni din programele naţionale de sănătate.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 şi ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor publice şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituţiei; metodologia va fi pusă la dispoziţia casei de asigurări de sănătate şi va fi adusă la cunoştinţă şi pacienţilor la internarea acestora în spital.

ART. 13

(1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienţilor internaţi. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanţă se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situaţia în care spitalele nu deţin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcţională, pentru pacienţii internaţi cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanţă prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 24 la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea şi, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă. La fişa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de externare din spital cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informaţii care trebuie să se regăsească şi în foaia de observaţie clinică generală la epicriză.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de externare din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; prin externarea asiguratului se înţelege externarea din spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu excepţia cazurilor prezentate în structurile de primiri urgenţe. Pentru nerespectarea acestei obligaţii casele de asigurări de sănătate reţin suma de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital pot recomanda îngrijiri paliative la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în anexa 31 D la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului.

ART. 15

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze în ziua externării concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru. Prin externarea asiguratului se înţelege externarea din spitalizare continuă şi spitalizare de zi. În cazul urgenţelor medico-chirurgicale acordate în structurile de primiri urgenţe - pentru care gradul de severitate al bolii nu impune internarea prin spitalizare continuă - pentru care nu au fost eliberate certificatele de concediu medical de către medicii care au asistat urgenţa, acestea se eliberează de medicul de familie în condiţiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 15/2018/1.311/2017 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 16

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe

trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti. Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Prin excepţie de la prevederile alin. (2), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, la nivelul realizat. În situaţia în care serviciile medicale acordate acestor persoane depăşesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia, în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(4) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestriale se fac până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 17

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz.

ART. 18

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

ART. 19

Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere şi instituţii cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

ART. 20

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale întâlniri cu furnizorii de servicii medicale spitalicești și medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu furnizorii, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 21

Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi şi a tarifului pe zi de spitalizare prevăzute în anexa nr. 22 A la ordin.

ANEXA 23 A

LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM, TCP ŞI DMS

Nr. crt.	Denumire Spital	Cod spital	TCP *)	ICM **)	DMS spital ***)
1	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ALBA IULIA	AB01	1.738	1,6824	6,35
2	SPITALUL DE BOLI CRONICE CÂMPENI	AB02	1.657	1,0715	7,72
3	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	AB03	1.709	1,5698	5,38
4	SPITALUL ORĂȘENESC ABRUD	AB04	1.709	1,2372	6,86
5	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	AB05	1.709	1,4795	6,63
6	SPITALUL ORĂȘENESC CÂMPENI	AB06	1.709	1,1970	6,68
7	SPITALUL MUNICIPAL SEBEȘ	AB08	1.709	1,3145	6,23
8	SPITALUL ORĂȘENESC CUGIR	AB09	1.709	1,3562	7,73
9	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE AIUD	AB12	1.657	1,1584	8,76
10	S.C. CMC PRAXIS S.R.L.	AB13	1.657	2,5792	2,69
11	S.C. CENTRUL MEDICAL DR. LAURA CATANA	AB14	1.657	1,4250	5,43
12	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ PITEȘTI	AG01	1.854	1,5811	6,56

13	SPITALUL DE PEDIATRIE PITEȘTI	AG02	2.132	1,5593	3,86
14	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE CÂMPULUNG	AG04	1.657	0,8513	5,72
15	SPITALUL MUNICIPAL CĂMPULUNG	AG05	1.709	1,3496	5,32
16	SPITALUL ORĂȘENESC REGELE CAROL I COSTEȘTI	AG06	1.709	1,5265	5,29
17	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGEȘ	AG07	1.709	1,2940	5,60
18	SPITALUL ORĂȘENESC SF. SPIRIDON MIOVENI	AG08	1.709	1,6665	5,55
19	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF. MARIA VEDEA	AG13	1.657	1,5178	6,03
20	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SF. ANDREI VALEA IAȘULUI	AG14	1.657	0,8441	8,95
21	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEORDENI	AG15	1.657	1,0927	9,46
22	S.C. MUNTENIA MEDICAL COMPETENCES S.A.	AG24	1.657	1,9973	2,69
23	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ARAD	AR01	1.854	1,5001	6,41
24	SPITALUL ORĂȘENESC INEU	AR05	1.709	1,2812	5,26
25	SPITALUL ORĂȘENESC LIPOVA	AR06	1.709	0,9916	6,93
26	SPITALUL DE BOLI CRONICE SEBIȘ	AR07	1.657	0,9068	8,11
27	S.C. TERAPEUTICA S.A. CHIȘINEU-CRIȘ	AR14	1.709	1,6754	5,06
28	S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	AR21	1.709	1,3670	2,69
29	SPITALUL CLINIC SF. MARIA BUCUREȘTI	B_01	2.065	1,6060	4,70
30	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ BUCUREȘTI	B_02	3.001	1,8091	6,53
31	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ DE CHIRURGIE PLASTICĂ, REPARATORIE ȘI ARSURI BUCUREȘTI	B_03	2.971	1,8025	5,30
32	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE DR. CAROL DAVILA BUCUREȘTI	B_04	1.767	2,0918	4,56
33	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII GR. ALEXANDRESCU BUCUREȘTI	B_05	2.132	1,3818	3,89
34	SPITALUL CLINIC FILANTROPIA BUCUREȘTI	B_06	1.854	1,1003	2,80
35	SPITALUL CLINIC DE URGENȚE OFTALMOLOGICE BUCUREȘTI	B_08	1.825	0,6369	2,69
36	SPITALUL CLINIC DE CHIRURGIE OROMAXILOFACIALĂ PROF. DR. DAN TEODORESCU BUCUREȘTI	B_09	1.854	0,6377	3,13
37	TINOS CLINIC S.R.L.	B_101	1.709	1,3712	2,69
38	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	B_103	1.709	1,2271	3,40
39	INSTITUTUL ONCOLOGIC PROF. DR. AL. TRESTIOREANU BUCUREȘTI	B_11	2.086	1,4754	6,02
40	CLINICA ANGIOMED	B_110	1.657	2,5029	2,69
41	SC DELTA HEALTH CARE SRL	B_113	1.709	1,7988	3,18
42	S.C. SANADOR S.R.L.- SPITALUL SANADOR	B_116	1.738	2,2435	2,72
43	INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE C. I. PARHON BUCUREȘTI	B_12	2.086	1,1648	3,14
44	S.C. MEDLIFE S.A. SUCURSALA BUCUREȘTI	B_124	1.738	0,7128	2,69
45	S.C. MEDICOVER HOSPITALS S.R.L.	B_128	1.709	1,2757	2,69
46	S.C. CENTRUL MEDICAL POLICLINICO DI MONZA S.R.L.	B_129	1.657	2,5271	4,60
47	SPITALUL CLINIC DR. I. CANTACUZINO BUCUREȘTI	B_13	1.738	1,8106	4,21
48	S.C. PROMED SYSTEM S.R.L.	B_136	1.657	0,8875	2,69

49	INSTITUTUL NAȚIONAL DE DIABET, NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE PROF. DR. N. PĂULESCU BUCUREȘTI	B_14	2.086	1,6076	4,95
50	FUNDAȚIA DR. VICTOR BABEȘ SPITAL GENERAL	B_140	1.657	2,1624	3,41
51	SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE ȘI TBC OSTEOARTICULAR FOIȘOR BUCUREȘTI	B_15	2.432	2,4398	6,99
52	CENTRUL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PROVITA	B_150	1.599	1,7146	2,69
53	VICTORIA MEDICAL CENTER	B_153	1.599	5,0549	2,69
54	SPITALUL CLINIC COLENTINA BUCUREȘTI	B_16	1.796	2,4985	4,75
55	SPITALUL DE ONCOLOGIE MONZA	B_167	1.599	0,7134	3,00
56	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI BUCUREȘTI	B_18	2.933	1,7713	5,39
57	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE C. C. ILIESCU BUCUREȘTI	B_19	2.086	2,4951	5,66
58	INSTITUTUL NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI ALESSANDRESCU-RUSESCU	B_20	2.398	1,0545	4,63
59	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ SF. PANTELIMON BUCUREȘTI	B_21	1.854	1,6953	5,52
60	SPITALUL CLINIC DE COPII DR. V. GOMOIU BUCUREȘTI	B_22	2.032	1,2792	3,36
61	SPITALUL CLINIC COLȚEA BUCUREȘTI	B_23	1.825	2,1491	7,31
62	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE DR. V. BABEȘ BUCUREȘTI	B_25	2.032	1,4672	6,32
63	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE DR. ALEXANDRU OBREGIA BUCUREȘTI	B_27	1.825	1,6483	9,54
64	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII M. S. CURIE BUCUREȘTI	B_28	2.132	1,2627	4,11
65	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ SF. IOAN BUCUREȘTI	B_29	2.132	1,4242	5,55
66	SPITALUL CLINIC PROF. DR. TH. BURGHELE BUCUREȘTI	B_31	1.921	1,4345	4,85
67	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE ȘI CHIRURGIE FUNCȚIONALĂ ORL PROF. DR. D. HOCIOTĂ BUCUREȘTI	B_32	2.086	1,5284	5,27
68	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ BUCUREȘTI	B_33	3.001	1,6104	6,20
69	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE PROF. DR. PANAIT SÎRBU BUCUREȘTI	B_34	1.854	1,3974	2,97
70	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ BAGDASAR-ARSENI BUCUREȘTI	B_35	2.132	2,8811	5,92
71	INSTITUTUL NAȚIONAL DE NEUROLOGIE ȘI BOLI NEUROVASCULARE BUCUREȘTI	B_36	2.086	1,9800	7,90
72	CENTRUL DE EVALURE ȘI TRATAMENT A TOXICODEPENDENȚELOR PENTRU TINERI SF. STELIAN	B_38	1.657	1,5797	6,88
73	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SF. ȘTEFAN	B_40	1.657	0,9641	6,51
74	CENTRUL DE BOLI REUMATISMALE DR. I. STOIA BUCUREȘTI	B_41	1.831	1,7209	6,49
75	SPITALUL CLINIC NICOLAE MALAXA BUCUREȘTI	B_42	1.738	1,1938	4,50
76	INSTITUTUL NAȚIONAL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE MARIUS NASTA BUCUREȘTI	B_47	2.086	1,8633	8,93
77	INSTITUTUL NAȚIONAL DE BOLI INFECȚIOASE PROF. DR. MATEI BALȘ BUCUREȘTI	B_48	2.086	1,1816	6,31
78	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ ELIAS BUCUREȘTI	B_80	2.465	1,7600	5,13
79	SPITALUL DE PSIHIATRIE TITAN DR. C. GORGOS	B_90	1.657	1,8319	7,11
80	S.C. CREȘTINA MEDICALA MUNPOSAN 94 S.R.L.	B_91	1.657	1,6541	2,69

81	EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	B_95	1.709	1,7122	2,69
82	S.C. MED LIFE S.A.	B_96	1.738	1,5786	2,69
83	S.C. GRAL MEDICAL S.R.L.	B_99	1.709	1,0117	2,69
84	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BACĂU	BC01	1.854	1,3649	5,12
85	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BACĂU	BC02	1.657	1,0414	6,61
86	SPITALUL MUNICIPAL ONEȘTI	BC03	1.738	1,2566	5,96
87	SPITALUL ORĂȘENESC BUHUȘI	BC04	1.709	1,3018	5,86
88	SPITALUL ORĂȘENESC IOAN LASCĂR COMĂNEȘTI	BC05	1.709	1,3480	6,84
89	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ MOINEȘTI	BC06	1.738	1,6328	5,28
90	S.C. POLIMED S.R.L.	BC08	1.709	0,9701	4,60
91	S.C. CLINICA PALADE S.R.L. BACĂU	BC14	1.657	1,1997	3,43
92	CLINICA NEWMEDICS	BC38	1.599	0,8412	2,69
93	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BIHOR	BH01	1.854	1,9599	5,43
94	SPITALUL ORĂȘENESC ALESD	BH07	1.709	1,2304	6,44
95	SPITALUL MUNICIPAL EPISCOP N. POPOVICI BEIUȘ	BH09	1.709	1,3306	5,07
96	SPITALUL MUNICIPAL DR. POP MIRCEA MARGHITA	BH10	1.709	1,2545	5,82
97	SPITALUL DE PSIHIATRIE NUCET	BH11	1.657	1,4414	12,58
98	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	BH12	1.709	1,6050	5,39
99	SPITALUL ORAȘENESC ȘTEI	BH13	1.657	1,1412	6,33
100	S.C. PELICAN IMPEX S.R.L. ORADEA	BH26	1.796	2,0251	3,47
101	S.C. EUCLID S.R.L. ORADEA	BH32	1.657	0,8069	2,69
102	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA	BN01	1.738	1,5972	6,04
103	SPITALUL ORAȘENESC DR. G. TRIFON NĂSĂUD	BN02	1.709	1,2683	5,57
104	SPITALUL ORAȘENESC BECLEAN	BN03	1.709	1,2121	6,31
105	S.C. CLINICA SANOVIL S.R.L	BN09	1.709	1,4426	3,12
106	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRĂILA	BR01	1.738	1,3487	6,57
107	SPITALUL ORAȘENESC FĂUREI	BR05	1.709	1,3587	6,44
108	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF.PANTELIMON BRĂILA	BR07	1.657	1,3820	8,11
109	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BRĂILA	BR09	1.657	1,0401	7,72
110	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ MAVROMATI BOTOȘANI	BT01	1.738	1,3066	6,44
111	SPITALUL DE RECUPERARE SF. GHEORGHE BOTOȘANI	BT02	1.657	1,1424	7,47
112	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	BT06	1.709	1,3088	5,69
113	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BOTOȘANI	BT10	1.657	1,1505	6,22
114	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ BRAȘOV	BV01	1.854	1,8104	6,26
115	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE DR. I. A. SBÂRCEA BRAȘOV	BV02	1.767	1,1475	3,04
116	SPITALUL CLINIC DE COPII BRAȘOV	BV03	2.132	1,2076	4,47
117	SPITALUL CLINIC DE PNEUMOFTIZIOLOGIE ȘI BOLI INFECȚIOASE BRAȘOV	BV05	1.767	1,5370	7,71

118	SPITALUL MUNICIPAL DR. AUREL TULBURE FĂGĂRAȘ	BV06	1.709	1,3861	5,32
119	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	BV08	1.657	1,1969	6,68
120	SPITALUL MUNICIPAL SĂCELE	BV09	1.657	1,2194	6,80
121	SPITALUL ORAȘENESC DR. C. T. SPARCHEZ ZĂRNEȘTI	BV10	1.709	1,0551	5,62
122	SPITALUL ORAȘENESC RUPEA	BV12	1.709	0,9890	5,57
123	SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI NEUROLOGIE BRAȘOV	BV13	1.767	1,2410	12,01
124	S.C. CLINICILE ICCO S.R.L. BRAȘOV	BV18	1.767	1,5153	2,69
125	S.C. TEO HEALTH SA - SPITALUL SF. CONSTANTIN	BV21	1.738	1,9222	2,69
126	CLINICA NEWMEDICS	BV22	1.657	0,9473	2,69
127	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. BRAȘOV	BV23	1.738	2,4469	2,69
128	S.C. PDR S.A.	BV24	1.709	2,3450	2,69
129	S.C. ONCO CARD SRL- CENTRUL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ONCOLOGIC	BV25	1.657	1,6871	2,69
130	S.C. CLINICILE ICCO ORTOPEDIE S.R.L.	BV28	1.657	2,1531	6,56
131	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BUZĂU	BZ01	1.738	1,4298	5,88
132	SPITALUL MUNICIPAL RÂMNICU SĂRAT	BZ02	1.709	1,2875	6,01
133	SPITALUL ORAȘENESC NEHOIU	BZ04	1.709	0,8979	5,19
134	SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚĂ SAPOCA	BZ09	1.709	1,4403	8,88
135	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ CLUJ-NAPOCA	CJ01	2.144	2,0524	5,98
136	INSTITUTUL REGIONAL DE GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE CLUJ-NAPOCA	CJ02	2.086	2,9902	6,55
137	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII CLUJ-NAPOCA	CJ03	2.132	1,3794	3,31
138	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEON DANIELLO CLUJ-NAPOCA	CJ04	1.854	2,1430	8,43
139	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE CLUJ-NAPOCA	CJ05	1.767	2,2397	7,41
140	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE CLUJ- NAPOCA	CJ06	1.767	2,8783	5,15
141	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC CLUJ- NAPOCA	CJ07	1.796	1,6754	7,47
142	INSTITUTUL ONCOLOGIC PROF. DR. I. CHIRICUȚĂ CLUJ-NAPOCA	CJ08	2.086	1,3561	5,57
143	INSTITUTUL INIMII PROF. DR. N. STĂNCIOIU CLUJ-NAPOCA	CJ09	2.086	2,8043	6,91
144	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	CJ10	1.709	1,4019	6,26
145	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	CJ11	1.709	1,3083	6,45
146	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	CJ12	1.709	1,3428	5,11
147	SPITALUL ORAȘENESC HUEDIN	CJ13	1.709	1,2395	6,32
148	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPIA TURZII	CJ14	1.709	1,3945	4,53
149	INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE ȘI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	CJ21	2.131	1,7836	3,87
150	S.C. POLARIS MEDICAL CLINICA DE TRATAMENT ȘI RECUPERARE S.A.	CJ31	1.657	2,6982	4,49
151	ANGIOCARE	CJ34	1.657	1,9202	2,69
152	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. CLUJ	CJ36	1.709	1,3673	2,96
153	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CĂLĂRAȘI	CL01	1.738	1,6639	5,31

154	SPITALUL MUNICIPAL OLTENIȚA	CL02	1.709	1,2569	4,56
155	SPITALUL ORAȘENESC LEHLIU-GARĂ	CL03	1.709	0,8638	4,49
156	SPITALUL DE PSIHIATRIE SĂPUNARI	CL06	1.657	1,6201	11,18
157	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE CĂLĂRAȘI	CL07	1.657	1,4471	6,41
158	SPITALUL JUDEȚEAN REȘIȚA	CS01	1.738	1,5543	6,69
159	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ CARANSEBEȘ	CS02	1.738	1,5593	6,08
160	SPITALUL ORAȘENESC ORAVIȚA	CS03	1.709	1,0686	5,33
161	SPITALUL ORAȘENESC MOLDOVA NOUĂ	CS05	1.709	1,1091	5,06
162	SPITALUL ORAȘENESC OȚELU ROȘU	CS07	1.709	1,0733	5,99
163	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ CONSTANȚA	CT01	2.144	1,4864	5,79
164	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	CT04	1.738	1,2722	5,57
165	SPITALUL ORAȘENESC CERNAVODĂ	CT05	1.709	1,1364	3,62
166	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	CT06	1.709	1,2021	5,20
167	SPITALUL ORAȘENESC HARȘOVA	CT07	1.709	1,0105	3,33
168	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE CONSTANȚA	CT14	1.767	2,1992	5,39
169	S.C. MEDICAL ANALYSIS	CT18	1.657	2,1948	2,69
170	S.C. MEDSTAR 2000 - S.R.L.	CT19	1.657	1,2899	2,69
171	EUROMATERNA S.A.	CT20	1.657	1,3102	2,99
172	ISIS MEDICAL CENTER	CT22	1.657	1,3741	2,69
173	S.C. ROCOMEDICOR S.R.L.	CT24	1.657	1,8374	2,69
174	S.C. DIAGNOST S.R.L.	CT28	1.657	2,3025	2,69
175	S.C. OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL S.R.L.	CT32	1.657	1,7120	2,69
176	SPITALUL JUDEȚEAN DR. FOGOLYAN KRISTOF SFÂNTU GHEORGHE	CV01	1.738	1,3207	5,89
177	SPITALUL MUNICIPAL TÂRGU SECUIESC	CV03	1.709	1,0706	4,77
178	SPITALUL ORĂȘENESC BARAOLT	CV04	1.709	0,8750	5,11
179	SPITALUL DE RECUPERARE CARDIOVASCULARĂ DR. BENEDEK GEZA COVASNA	CV05	1.709	0,9838	5,66
180	SPITALUL JUDEȚEAN TÂRGOVIȘTE	DB01	1.738	1,4820	5,67
181	SPITALUL ORĂȘENESC PUCIOASA	DB02	1.709	1,3929	6,50
182	SPITALUL ORĂȘENESC GĂEȘTI	DB03	1.709	1,2365	5,83
183	SPITALUL ORĂȘENESC MORENI	DB04	1.709	1,0335	6,39
184	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ CRAIOVA	DJ01	2.086	1,3645	5,34
185	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC FILANTROPIA CRAIOVA	DJ02	1.709	1,2801	5,01
186	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI PNEUMOFTIZIOLOGIE VICTOR BABEȘ CRAIOVA	DJ03	1.767	1,3945	6,09
187	SPITALUL MUNICIPAL DR. IRINEL POPESCU BĂILEȘTI	DJ04	1.709	1,0612	4,81
188	SPITALUL FILIȘANILOR FILIAȘI	DJ05	1.709	1,2419	5,04
189	SPITALUL ORĂȘENESC SEGARCEA	DJ06	1.709	0,9523	5,22

190	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	DJ07	1.709	1,0689	5,11
191	SPITALUL ORĂȘENESC AȘEZĂMINTELE BRANCOVENEȘTI DĂBULENI	DJ13	1.709	1,0846	5,64
192	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEAMNA	DJ18	1.657	1,2352	7,50
193	SPITALUL CLINIC DE NEUROPSIHIATRIE CRAIOVA	DJ20	1.767	1,3817	8,39
194	CENTRUL MEDICAL MOGOS MED	DJ30	1.657	0,6379	2,69
195	S.C. EIFFEL MED S.R.L.	DJ40	1.657	1,0738	2,76
196	S.C. ONIOPTIC MEDICAL PD S.R.L.	DJ55	1.657	0,6769	2,69
197	SPITALUL JUDEȚEAN TÂRGU JIU	GJ01	1.738	1,1956	5,95
198	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	GJ02	1.709	0,9497	6,31
199	SPITALUL ORAȘENESC TÂRGU CĂRBUNEȘTI	GJ03	1.738	1,2150	7,03
200	SPITALUL ORĂȘENESC ROVINARI	GJ04	1.709	1,2086	5,48
201	SPITALUL ORĂȘENESC NOVACI	GJ05	1.709	1,0637	6,25
202	SPITALUL ORĂȘENESC BUMBEȘTI-JIU	GJ06	1.709	1,1054	5,30
203	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE TUDOR VLADIMIRESCU	GJ10	1.657	0,8789	9,16
204	SPITALUL ORĂȘENESC TURCENI	GJ11	1.709	1,1669	5,25
205	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ SF. APOSTOL ANDREI GALAȚI	GL01	1.854	1,6216	6,80
206	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII SF. IOAN GALAȚI	GL02	2.132	1,2185	4,36
207	SPITALUL DE PSHIATRIE ELISABETA DOAMNA GALAȚI	GL03	1.657	1,5589	6,35
208	SPITALUL DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE BUNAVESTIRE GALAȚI	GL04	1.657	0,9332	3,62
209	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE GALAȚI	GL05	1.657	0,8439	8,16
210	SPITALUL DE BOLI INFECȚIOASE SF. CUVIOASA PARASCHEVA GALAȚI	GL06	1.657	0,9109	6,09
211	SPITALUL MUNICIPAL ANTON CINCU TECUCI	GL07	1.709	0,8586	4,54
212	SPITALUL ORĂȘENESC TÂRGU BUJOR	GL08	1.709	0,9247	3,93
213	SPITALUL JUDEȚEAN GIURGIU	GR01	1.738	1,5496	6,95
214	SPITALUL ORĂȘENESC BOLINTIN-VALE	GR05	1.709	0,8859	4,93
215	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ DEVA	HD01	1.854	1,4316	6,64
216	SPITALUL MUNICIPAL DR. A. SIMIONESCU HUNEDOARA	HD02	1.738	1,5453	6,24
217	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ PETROȘANI	HD03	1.738	1,5341	6,83
218	SPITALUL MUNICIPAL LUPENI	HD05	1.709	1,2813	4,84
219	SPITALUL MUNICIPAL VULCAN	HD06	1.709	1,2873	5,34
220	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	HD07	1.709	1,2197	5,19
221	SPITALUL MUNICIPAL ORAȘTIE	HD08	1.709	1,2698	5,91
222	SPITALUL ORĂȘENESC HAȚEG	HD09	1.709	1,0260	5,18
223	SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚĂ ZAM	HD18	1.657	1,5163	6,55
224	SPITALUL JUDEȚEAN MIERCUREA-CIUC	HR01	1.738	1,4590	5,14
225	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIUL SECUIESC	HR02	1.738	1,3454	5,76
226	SPITALUL MUNICIPAL GHEORGHENI	HR03	1.709	1,3683	5,95

227	SPITALUL MUNICIPAL TOPLIȚA	HR04	1.709	1,1763	5,23
228	SPITALUL DE PSIHIATRIE TULGHEȘ	HR07	1.657	1,4085	12,03
229	SPITALUL DE OBSTETRICĂ GINECOLOGIE BUFTEA	IF01	1.657	1,2396	3,62
230	SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIAMANDESCU BĂLĂCEANCA	IF03	1.657	1,3762	10,48
231	SPITALUL JUDEȚEAN SFINȚII ÎMPĂRAȚI CONSTANTIN ȘI ELENA ILFOV	IF06	1.796	1,4680	5,60
232	S.C. CARDIO_REC S.R.L.	IF10	1.657	1,5922	2,69
233	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SLOBOZIA	IL01	1.738	1,6762	4,52
234	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	IL02	1.709	0,9983	4,45
235	SPITALUL MUNICIPAL FETEȘTI	IL03	1.709	1,1572	5,68
236	SPITALUL ORĂȘENESC ȚĂNDĂREI	IL04	1.709	1,2769	6,77
237	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI	IS01	2.086	2,0495	6,42
238	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII SF. MARIA IAȘI	IS02	2.132	1,5561	4,82
239	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE PROF. DR. G.I.M. GEORGESCU IAȘI	IS03	2.086	2,0847	4,46
240	SPITALUL CLINIC DR. C.I. PARHON IAȘI	IS04	2.000	1,8093	6,34
241	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ- GINECOLOGIE CUZA-VODA IAȘI	IS05	1.854	1,3794	4,20
242	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ- GINECOLOGIE ELENA DOAMNA IAȘI	IS06	1.767	1,0469	4,38
243	SPITALUL CLINIC PNEUMOFTIZIOLOGIE IAȘI	IS07	1.854	2,0416	7,46
244	INSTITUTUL DE PSIHIATRIE SOCOLA IAȘI	IS08	2.086	1,2973	11,23
245	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE SF. PARASCHEVA IAȘI	IS09	1.767	1,3948	6,79
246	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PROF. DR. N. OBLU IAȘI	IS11	1.854	2,1912	8,21
247	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IAȘI	IS12	1.767	1,4708	4,49
248	SPITALUL ORĂȘENESC HÂRLĂU	IS13	1.709	0,8597	4,59
249	SPITALUL MUNICIPAL PAȘCANI	IS14	1.709	1,1757	6,47
250	SPITALUL PROVIDENȚA	IS28	1.709	1,6544	2,69
251	ARCADIA HOSPITAL	IS30	1.709	1,3386	2,69
252	ARCADIA CARDIO	IS31	1.657	1,6885	2,69
253	CENTRUL DE ONCOLOGIE EUROCLINIC S.R.L.	IS32	1.657	1,2313	2,69
254	INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE IAȘI	IS36	2.086	2,3023	6,71
255	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ REGINA MARIA BRAȘOV	M01	1.738	2,3063	5,52
256	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. ȘTEFAN ODOBLEJA CRAIOVA	M02	1.738	1,3231	5,04
257	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENȚĂ „DR. CONSTANTIN PAPILIAN” CLUJ- NAPOCA	M03	1.796	1,7416	5,36
258	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ GALAȚI	M04	1.738	1,4434	4,31
259	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. VICTOR POPESCU TIMIȘOARA	M05	1.796	1,9016	5,69
260	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ AVRAM IANCU ORADEA	M06	1.796	1,4733	5,20
261	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ MILITAR CENTRAL DR. CAROL DAVILA	M07	2.465	2,5224	5,39

262	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENȚĂ IAȘI	M08	1.796	1,6372	5,09
263	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. ALEXANDRU AUGUSTIN SIBIU	M09	1.738	1,4064	4,46
264	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. ION JIANU PITEȘTI	M10	1.738	1,4475	4,73
265	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. ALEXANDRU GAFENCU CONSTANȚA	M11	1.738	1,6142	4,49
266	SPITALUL MILITAR DE URGENȚĂ DR. ALEXANDRU IONESCU FOCȘANI	M12	1.738	1,4498	3,75
267	SPITALUL DE URGENȚĂ PROF.DR. DIMITRIE GEROTA	M14	1.796	1,7321	4,11
268	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PROF.DR. AGRIPPA IONESCU	M15	2.065	1,9419	5,13
269	SPITALUL PROF.DR. CONSTANTIN ANGELESCU	M16	1.738	1,4892	5,14
270	SPITALUL JUDEȚEAN DROBETA-TURNU SEVERIN	MH01	1.738	1,4142	6,11
271	SPITALUL MUNICIPAL ORȘOVA	MH02	1.709	1,1420	4,57
272	SPITALUL ORĂȘENESC BAIA DE ARAMA	MH05	1.709	0,7334	6,25
273	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ DR. CONSTANTIN OPRIȘ BAIA MARE	MM01	1.854	1,6377	5,99
274	SPITALUL DE BOLI INFECȚIOASE ȘI PSIHIATRIE BAIA MARE	MM02	1.657	2,1409	7,38
275	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE DR. NICOLAE RUSDEA BAIA MARE	MM03	1.657	1,5021	6,11
276	SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMAȚIEI	MM04	1.709	1,5787	6,44
277	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC	MM06	1.657	1,3414	8,62
278	SPITALUL DE RECUPERARE BORȘA	MM07	1.709	1,0730	5,94
279	SPITALUL ORĂȘENESC TÂRGU LAPUȘ	MM08	1.709	1,0685	5,73
280	SPITALUL ORĂȘENESC VIȘEU DE SUS	MM09	1.709	1,2489	6,09
281	S.C. CHE COSMEDICA S.R.L.	MM11	1.657	6,3429	2,69
282	S.C. EUROMEDICA HOSPITAL S.A.	MM12	1.709	1,5263	3,95
283	S.C. CLINICA SOMESAN S.R.L.	MM15	1.657	2,7695	2,69
284	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ TÂRGU MUREȘ	MS01	2.144	2,1137	6,40
285	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN MUREȘ	MS02	1.796	1,4628	5,91
286	SPITALUL MUNICIPAL SIGHIȘOARA	MS04	1.709	1,2291	6,02
287	SPITALUL ORĂȘENESC DR. VAIER RUSSU LUDUȘ	MS05	1.709	1,0048	5,62
288	SPITALUL MUNICIPAL DR. E. NICOARA REGHIN	MS06	1.709	1,1563	6,04
289	SPITALUL MUNICIPAL DR. GH. MARINESCU TÂRNĂVENI	MS07	1.709	1,3243	6,10
290	SPITALUL ORĂȘENESC SÂNGEORGIU DE PĂDURE	MS11	1.709	1,0737	7,32
291	S.C. CENTRUL MEDICAL TOPMED S.R.L.	MS16	1.709	2,2992	2,69
292	S.C. CARDIO MED S.R.L.	MS18	1.657	2,1957	2,69
293	S.C. NOVA VITA HOSPITAL S.A.	MS19	1.709	2,3284	2,69
294	S.C. COSMEX S.R.L.- CENTRUL MEDICAL PULS	MS20	1.657	1,7052	2,69
295	SPITALUL SOVATA-NIRAJ	MS21	1.657	0,9079	6,67
296	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE ȘI TRANSPLANT TÂRGU MUREȘ	MS24	2.086	3,0055	6,54
297	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ PIATRA-NEAMȚ	NT01	1.738	1,4456	6,09
298	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ ROMAN	NT02	1.738	1,2745	6,11

299	SPITALUL ORĂȘENESC BICAZ	NT03	1.709	0,8802	5,33
300	SPITALUL ORĂȘENESC TÂRGU-NEAMȚ	NT04	1.709	1,2200	6,02
301	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BISERICANI	NT07	1.657	0,9543	8,49
302	SPITALUL JUDEȚEAN SLATINA	OT01	1.738	1,5571	5,67
303	SPITALUL ORĂȘENESC BALȘ	OT02	1.709	1,0879	5,26
304	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	OT03	1.709	1,3004	5,70
305	SPITALUL ORĂȘENESC CORABIA	OT04	1.709	1,0679	4,94
306	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ PLOIEȘTI	PH01	1.854	1,4984	6,84
307	SPITALUL DE ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE AZUGA	PH05	1.657	1,3319	6,44
308	SPITALUL ORĂȘENESC BĂICOI	PH06	1.709	0,9278	6,61
309	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPINA	PH07	1.709	1,2662	5,27
310	SPITALUL ORĂȘENESC SINAIA	PH08	1.709	1,0804	4,89
311	SPITALUL ORĂȘENESC MIZIL	PH09	1.709	0,9153	6,00
312	SPITALUL ORĂȘENESC URLAȚI	PH101	1.709	1,4316	4,44
313	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE DRAJNA	PH102	1.657	0,9357	8,39
314	DENTIRAD HOSPITAL S.R.L.	PH105	1.657	0,6606	4,86
315	SPITAL AS MEDICA S.R.L.	PH111	1.657	1,4204	3,14
316	SPITALUL ORĂȘENESC VĂLENII DE MUNTE	PH12	1.709	1,2042	6,40
317	SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA	PH13	1.657	1,6562	9,91
318	SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA	PH14	1.657	1,0732	9,03
319	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE FLOREȘTI	PH96	1.657	0,9216	7,39
320	SPITALUL MUNICIPAL PLOIEȘTI	PH98	1.709	1,1229	6,05
321	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIEȘTI	PH99	2.132	1,2856	3,51
322	SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN SIBIU	SB01	1.854	1,7779	5,38
323	SPITALUL DE PSIHIATRIE DR. GH. PREDA SIBIU	SB02	1.767	1,3636	9,89
324	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SIBIU	SB03	1.767	1,4343	7,55
325	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAȘ	SB04	1.709	1,3520	6,02
326	SPITALUL ORĂȘENESC AGNITA	SB05	1.709	1,2280	6,81
327	SPITALUL ORĂȘENESC CISNADIE	SB06	1.709	1,3425	5,21
328	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	SB08	2.132	1,2822	4,09
329	S.C. CLINICA POLISANO S.R.L.	SB11	1.738	1,7795	2,73
330	CLINICA NEW MEDICS	SB14	1.657	1,2791	2,69
331	SPITALUL JUDEȚEAN ZALĂU	SJ01	1.738	1,4790	6,12
332	SPITALUL ORĂȘENESC PROF. DR. IOAN PUȘCAȘ SIMLEU SILVANIEI	SJ02	1.709	1,3567	5,86
333	SPITALUL ORĂȘENESC JIBOU	SJ03	1.657	1,1342	6,28
334	SPITALUL JUDEȚEAN SATU MARE	SM01	1.738	1,4014	5,70
335	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE SATU MARE	SM03	1.657	1,2788	8,30

336	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	SM04	1.709	1,2326	6,53
337	SPITALUL ORĂȘENESC NEGREȘTI-OAȘ	SM05	1.709	1,0502	7,15
338	S.C. MANITOU MED S.R.L. CLINICA GYNOPRAX	SM08	1.657	0,3259	2,69
339	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. IOAN CEL NOU SUCEAVA	SV01	1.854	1,4509	5,16
340	SPITALUL MUNICIPAL CÂMPULUNG MOLDOVENESC	SV02	1.709	1,2077	6,19
341	SPITALUL MUNICIPAL FĂLTICENI	SV03	1.709	1,4613	5,73
342	SPITALUL ORĂȘENESC GURA HUMORULUI	SV04	1.709	1,1808	5,58
343	SPITALUL MUNICIPAL RĂDĂUȚI	SV05	1.709	1,5867	5,41
344	SPITALUL ORĂȘENESC SIRET	SV06	1.657	0,6358	6,80
345	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	SV07	1.709	1,0244	6,10
346	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET	SV08	1.657	1,4246	12,03
347	SPITALUL DE PSIHIATRIE CÂMPULUNG MOLDOVENESC	SV12	1.657	1,5786	8,32
348	SPITALUL BETHESDA SUCEAVA	SV17	1.657	0,7902	2,69
349	SPITALUL CLINIC CF 2 BUCUREȘTI	T01	1.738	1,1706	4,17
350	SPITALUL CLINIC CF NR.1 WITTING	T02	1.709	0,9903	4,45
351	SPITALUL CLINIC CF CONSTANȚA	T03	1.709	1,2302	4,88
352	SPITAL CLINIC CF CRAIOVA	T04	1.709	1,2508	4,95
353	SPITALUL CLINIC UNIVERSITAR CF CLUJ NAPOCA	T05	1.796	1,3613	5,90
354	SPITALUL UNIVERSITAR CF IAȘI	T06	1.709	1,3868	5,14
355	SPITALUL CLINIC CF TIMIȘOARA	T07	1.709	1,2458	4,72
356	SPITALUL CLINIC CF ORADEA	T08	1.709	1,6637	5,41
357	SPITALUL GENERAL CF BRAȘOV	T09	1.709	1,4248	5,47
358	SPITALUL CF GALAȚI	T10	1.709	1,1202	5,73
359	SPITALUL CF PLOIEȘTI	T11	1.709	1,3059	6,23
360	SPITALUL GENERAL CF SIBIU	T12	1.709	1,2696	9,46
361	SPITALUL GENERAL CF DROBETA TURNU SEVERIN	T13	1.709	1,3044	4,88
362	SPITALUL GENERAL CF PAȘCANI	T14	1.709	1,1875	6,08
363	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	T15	1.709	1,3024	5,94
364	SPITAL CF GALAȚI – SECȚIA EXTERIOARĂ CU PATURI CF BUZĂU	T17	1.709	1,1497	5,89
365	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ TULCEA	TL01	1.738	1,2606	5,13
366	SPITALUL ORĂȘENESC MĂCIN	TL03	1.709	1,0901	5,63
367	SPITALUL JUDEȚEAN CLINIC DE URGENȚĂ PIUS BRÎNZEU TIMIȘOARA	TM01	2.465	1,9015	6,54
368	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC DE URGENȚĂ TIMIȘOARA	TM02	1.854	1,4693	4,49
369	SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII L. TURCANU TIMIȘOARA	TM03	2.132	1,3289	4,27
370	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI PNEUMOFTIZIOLOGIE DR. V. BABEȘ	TM04	1.767	2,0458	8,51
371	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMIȘOARA	TM06	2.086	2,2778	5,14

372	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	TM07	1.709	1,2961	5,65
373	SPITALUL ORĂȘENESC DETA	TM09	1.709	1,0337	4,16
374	SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA	TM10	1.709	1,3459	5,12
375	SPITALUL ORĂȘENESC SÂNNICOLAU MARE	TM11	1.709	0,9722	3,94
376	SPITALUL ORĂȘENESC FĂGET	TM12	1.709	1,0969	5,24
377	SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚĂ GĂTAIA	TM15	1.657	1,3687	12,31
378	SPITALUL DE PSIHIATRIE ȘI PENTRU MĂSURI DE SIGURANȚĂ JEBEL	TM16	1.709	1,0502	21,04
379	CENTRUL CLINIC DE EVALUARE ȘI RECUPERARE PENTRU COPII ȘI ADOLESCENȚI CRISTIAN ȘERBAN BUZIAȘ	TM17	1.767	1,1551	8,49
380	CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	TM22	1.767	1,4747	3,41
381	CENTRUL MEDICAL SFÂNTA MARIA	TM26	1.657	0,9238	2,69
382	MATERNA CARE	TM27	1.657	1,5623	2,73
383	SPITALUL JUDEȚEAN ALEXANDRIA	TR01	1.738	1,3593	5,03
384	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MĂGURELE	TR02	1.709	0,8018	4,32
385	SPITALUL MUNICIPAL CARITAS ROȘIORII DE VEDE	TR03	1.709	1,0912	5,93
386	SPITALUL ORĂȘENESC ZIMNICEA	TR04	1.709	0,5867	3,29
387	SPITALUL PNEUMOFTIZIOLOGIE ROȘIORII DE VEDE	TR05	1.657	1,0360	7,22
388	SPITALUL PSIHIATRIE POROSCHIA	TR08	1.657	1,4562	8,20
389	SPITALUL ORĂȘENESC VIDELE	TR12	1.709	0,9144	4,29
390	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ RÂMNICU VÂLCEA	VL01	1.738	1,3367	6,74
391	SPITALUL MUNICIPAL COSTACHE NICOLESCU DRĂGĂȘANI	VL03	1.709	0,8443	7,16
392	SPITALUL ORĂȘENESC HOREZU	VL04	1.709	0,9448	6,41
393	SPITALUL ORĂȘENESC BREZOI	VL05	1.709	1,0319	5,15
394	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE C. ANASTASATU MIHĂEȘTI	VL06	1.657	1,1660	8,38
395	S.C. INCARMED S.R.L. RÂMNICU VÂLCEA	VL11	1.657	1,0721	3,36
396	S.C. RAPITEST CLINICA S.R.L.	VL15	1.657	1,4646	3,15
397	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. PANTELIMON FOCȘANI	VN01	1.738	1,4557	5,70
398	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	VN02	1.709	1,4756	5,80
399	SPITALUL ORĂȘENESC PANCIU	VN04	1.709	1,2458	4,20
400	SPITALUL COMUNAL VIDRA	VN07	1.709	0,8210	4,79
401	SPITAL MATERNA S.R.L.	VN09	1.657	1,5453	2,99
402	SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ VASLUI	VS01	1.738	1,5043	6,45
403	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENȚĂ ELENA BELDIMAN BÂRLAD	VS02	1.738	1,4947	6,12
404	SPITALUL MUNICIPAL HUȘI	VS04	1.709	1,1296	5,75
405	SPITALUL DE PSIHIATRIE MURGENI	VS07	1.657	1,4529	9,22

*) TCP-ul este egal cu TCP-ul aferent semestrului I al anului 2023.

**) ICM este egal cu ICM realizat în anul 2022 propriu spitalului.

***) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2022. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2022 mai mică decât media celor

mai mici 6 durate de spitalizare pe secţii realizate în anul 2022 prevăzute în anexa nr. 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare este de 2,69.

ANEXA 23 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majoră de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânului
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

ANEXA 23 B II

Nr. Crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Mediana DS în secțiile ATI național
1	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28,5797	21,47	7,0
2	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4,1332	12,94	2,0
3	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1,6508	6,52	0,0
4	0	C	A1010	Transplant de ficat	0,0000		-
5	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0,0000		-
6	0	C	A1030	Transplant de inima	0,0000		-
7	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14,2331	17,93	7,0
8	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0,0000		-
9	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0,0000		-
10	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0,0000		-
11	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0,0000		-
12	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0,0000		-
13	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0,8002	18,10	0,0
14	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0,8317	4,93	-
15	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	7,53	0,00
16	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	12,58	1,00
17	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	11,47	1,00
18	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2,5833	9,91	1,00
19	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	5,84	0,00
20	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2,0414	4,48	0,00
21	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	6,80	1,00
22	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1,4176	4,43	1,00

23	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	1,92	0,00
24	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	4,52	0,00
25	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0,7561	2,70	0,00
26	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	5,20	0,00
27	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0,7120	2,40	-
28	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5,0342	10,20	2,00
29	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1,5122	7,45	1,00
30	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8704	7,76	2,00
31	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1,2601	6,17	1,00
32	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827	6,00	
33	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1,7957	8,53	2,00
34	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	11,20	-
35	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0,8884	8,41	-
36	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0,3339	5,74	-
37	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	6,48	1,00
38	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,7624	4,85	1,00
39	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	8,26	3,00
40	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0,8821	6,42	-
41	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,4032	4,93	0,00
42	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1,8776	4,54	-
43	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0,3591	3,64	
44	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0,9766	5,97	2,00
45	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,90	-
46	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	11,15	3,00
47	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	8,22	3,00
48	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1,0585	6,85	3,00
49	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	2,12	1,00
50	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1,2223	5,53	1,00
51	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0,2520	4,70	-
52	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	10,66	2,00
53	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1,1467	7,26	1,00
54	1	M	B3140	Menigita virala	0,6175	8,42	-
55	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0,5482	4,42	1,00
56	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	2,99	-

57	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	5,31	2,00
58	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0,3717	3,90	1,00
59	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	3,67	-
60	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6,47	2,00
61	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0,8191	5,31	1,00
62	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	4,59	1,00
63	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0,2394	3,71	-
64	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	6,18	1,00
65	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,5545	7,26	0,00
66	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	5,02	0,00
67	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1,1278	3,06	0,00
68	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2,00	-
69	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,8884	5,27	-
70	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	2,50	0,00
71	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2,40	0,00
72	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	2,66	0,00
73	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,4158	2,85	-
74	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0,2835	3,31	-
75	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,3150	2,24	0,00
76	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0,8191	2,49	0,00
77	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	0,00	-
78	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	2,06	-
79	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095		-
80	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	4,92	-
81	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,7057	4,40	-
82	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0,4347	4,50	-
83	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0,2898	4,14	-
84	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0,7498	3,97	-
85	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0,2961	3,66	0,00
86	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0,3402	2,38	1,00
87	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0,2016	0,00	-
88	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	6,32	1,00
89	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	3,48	0,00
90	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1,8335	5,74	1,00
91	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1,1152	3,65	1,00
92	3	C	D1030	Cura chirugicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	5,59	0,00
93	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1,6193	4,34	0,00
94	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0,9325	3,60	1,00
95	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	5,95	1,00
96	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0,8947	4,70	0,00

97	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,5671	4,03	0,00
98	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	3,14	0,00
99	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	1,85	0,00
100	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,6427	3,90	0,00
101	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0,2457	2,33	0,00
102	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0,4978	3,36	1,00
103	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	6,11	0,00
104	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0,5608	4,65	0,00
105	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	5,07	-
106	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4,32	1,00
107	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	4,00	1,00
108	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0,3024	3,68	0,00
109	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0,2394	4,08	-
110	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0,2583	2,76	0,00
111	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0,6490	4,16	0,00
112	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0,2457	3,64	0,00
113	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0,5293	3,32	0,00
114	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0,1449	0,00	-
115	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	9,10	3,00
116	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2,6337	8,60	2,00
117	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	0,00	-
118	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	8,41	1,00
119	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2,1989	7,16	1,00
120	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	6,72	1,00
121	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	2,53	0,00
122	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,83	0,00
123	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2,6652	7,81	-
124	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2,0036	3,88	-
125	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	8,59	2,00
126	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0,7876	6,60	2,00
127	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	8,13	3,00
128	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	6,68	2,00
129	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0,5608	5,75	2,00
130	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	3,05	-
131	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,8758	6,48	2,00
132	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	7,44	3,00
133	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,6805	5,88	-

134	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1,4302	5,20	-
135	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0,7435	4,70	2,00
136	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0,4032	3,72	-
137	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	5,34	2,00
138	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4,12	-
139	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	6,22	1,00
140	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0,7624	6,89	-
141	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0,5041	4,34	2,00
142	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0,3339	3,65	-
143	4	M	E3111	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1,0396	4,84	3,00
144	4	M	E3112	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0,5608	3,90	-
145	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	5,55	1,00
146	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	5,03	0,00
147	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0,4725	3,79	1,00
148	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0,9829	3,50	-
149	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	7,99	1,00
150	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	6,97	1,00
151	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0,6049	5,53	-
152	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1,6760	6,57	2,00
153	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1,1530	5,28	2,00
154	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0,6616	4,88	1,00
155	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0,9388	6,54	1,00
156	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0,6364	5,27	1,00
157	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0,3843	3,02	-
158	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	8,31	3,00
159	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,7327	4,26	2,00
160	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1,0648	4,37	-
161	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1,0396	3,34	1,00
162	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0,5608	2,06	1,00
163	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	6,62	1,00
164	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6,3195	5,30	-
165	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6,3447	8,81	-
166	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8,8524	15,19	2,00
167	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6,1557	13,91	2,00
168	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4,3663	9,56	1,00
169	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	18,49	3,00

170	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4,9397	11,67	-
171	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	12,81	2,00
172	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3,0999	8,33	1,00
173	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7,5230	14,57	2,00
174	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4,5365	13,16	2,00
175	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5,2232	8,45	1,00
176	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,5266	7,62	1,00
177	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4,1143	6,84	1,00
178	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,6715	5,67	1,00
179	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1,8461	5,25	2,00
180	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5,9037	13,52	1,00
181	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2,9487	13,40	0,00
182	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	4,93	1,00
183	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2,3375	10,48	0,00
184	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3,1881	4,66	1,00
185	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1,3420	4,11	1,00
186	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0,9388	3,78	0,00
187	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1,2853	3,18	0,00
188	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1,2538	3,89	-
189	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	3,39	-
190	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1,2160	5,17	-
191	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1,5689	4,43	0,00
192	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0,6616	3,68	0,00
193	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	8,15	1,00
194	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1,2601	6,36	1,00
195	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6,53	3,00
196	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,58	2,00
197	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0,7561	3,14	0,00
198	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2,7471	19,92	1,00

199	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	6,82	2,00
200	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	6,01	1,50
201	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1,2538	7,26	2,00
202	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0,5734	6,08	-
203	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1,5689	6,32	-
204	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	5,59	1,00
205	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5,41	1,00
206	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0,5482	5,06	1,50
207	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0,2646	4,00	-
208	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	5,16	2,00
209	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0,3528	5,09	-
210	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0,3780	3,64	0,00
211	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	5,43	1,00
212	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0,2520	4,04	-
213	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	6,10	1,00
214	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0,4473	4,53	1,00
215	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	5,32	1,00
216	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0,3654	3,80	1,00
217	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0,8317	5,20	1,00
218	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0,4221	3,92	-
219	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	5,04	-
220	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0,2961	3,28	-
221	5	M	F3150	Durere toracica	0,2646	3,70	-
222	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	6,79	2,00
223	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	5,93	1,00
224	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0,5230	4,27	1,00
225	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	5,87	1,00
226	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	0,00	-
227	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0,4032	2,70	-
228	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	3,85	0,00
229	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0,6364	3,26	0,00
230	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	0,00	-
231	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4,02	0,00
232	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	0,00	-
233	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1,8335	4,63	0,00
234	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0,8380	3,81	0,00
235	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0,2394	0,00	-
236	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4,6940	12,98	1,00
237	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2,6841	11,54	1,00

238	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4,4356	11,01	1,00
239	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2,1359	8,62	1,00
240	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5,0909	10,46	2,00
241	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofale sau severe	3,8182	6,96	1,00
242	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1,3672	4,18	1,00
243	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2,8920	6,63	1,00
244	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1,7579	4,82	1,00
245	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1,0459	4,06	1,00
246	6	C	G1051	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1,9532	7,26	1,00
247	6	C	G1052	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1,0963	5,01	0,00
248	6	C	G1060	Piloromiotomie	1,0648	6,78	-
249	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	4,96	0,00
250	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0,8443	3,87	0,00
251	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	6,05	0,00
252	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0,5923	4,46	0,00
253	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0,5797	4,16	0,00
254	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0,5293	3,19	0,00
255	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	4,61	0,00
256	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0,4221	3,81	0,00
257	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	6,88	1,00
258	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0,8317	5,61	0,00
259	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0,9766	4,12	1,00
260	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0,5041	3,35	0,00
261	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	5,45	1,00
262	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0,2583	4,20	1,00
263	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	4,85	-
264	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	4,79	-
265	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	3,63	-
266	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0,9703	4,50	1,00
267	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0,4473	3,66	1,00
268	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0,4725	3,31	1,00
269	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0,2331	2,71	-
270	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	5,36	1,50
271	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0,2709	4,38	1,00

272	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	3,44	2,00
273	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0,3402	3,20	-
274	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0,3717	2,58	1,00
275	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0,7813	4,17	1,00
276	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0,2394	3,42	0,00
277	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1,9469	6,83	2,00
278	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2,0099	6,36	0,00
279	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0,8380	4,88	-
280	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1,8083	5,90	0,00
281	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1,0144	4,07	-
282	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0,5860	3,98	-
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5,5572	10,41	1,00
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2,4825	7,31	1,00
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4,2340	8,13	1,00
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severee)	2,3753	6,03	1,00
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1,3294	5,64	0,00
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,4320	5,45	1,00
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1,0648	4,54	1,00
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2,4825	5,51	1,00
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3,4780	9,01	1,00
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1,5563	8,40	1,00
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	4,87	1,00
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0,8443	3,61	0,00
295	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1,9406	7,29	2,00
296	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0,9136	6,82	2,00
297	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0,4347	5,76	1,00
298	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	4,92	1,00
299	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0,6301	4,04	1,00
300	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	6,68	2,00

301	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0,5797	5,59	2,00
302	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	5,36	2,00
303	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0,4095	4,68	1,00
304	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	4,86	1,00
305	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0,3465	3,68	1,00
306	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5,7966	13,70	1,00
307	8	C	I1021	Transfer de tesut micorvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6,9181	5,94	0,00
308	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2,7534	4,54	0,00
309	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	13,43	1,00
310	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3,3834	8,88	1,00
311	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau severe	2,7597	9,03	1,00
312	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2,8920	7,89	1,00
313	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2,6652	5,77	1,00
314	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6,1683	15,27	2,00
315	8	C	I1070	Amputatie	4,8767	15,10	1,00
316	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	9,58	1,00
317	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1,9280	8,91	0,00
318	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5,6517	5,98	0,00
319	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3,0432	6,24	0,00
320	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	6,64	0,00
321	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1,3546	5,26	0,00
322	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2,0603	5,22	0,00
323	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	8,72	0,00
324	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	4,90	0,00
325	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1,3546	5,06	0,00
326	8	C	I1131	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	7,17	0,00
327	8	C	I1132	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1,6004	7,48	0,00
328	8	C	I1133	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1,2034	6,06	0,00

329	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1,4870	8,56	0,00
330	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1,9343	6,36	1,00
331	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0,8695	2,96	0,00
332	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1,4113	5,54	1,00
333	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	2,85	0,00
334	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0,9829	4,00	0,00
335	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	4,41	0,00
336	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0,8506	4,47	0,00
337	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0,4221	2,63	0,00
338	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	2,11	0,00
339	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1,8146	3,41	1,00
340	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	4,99	0,00
341	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0,6868	3,77	0,00
342	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2,4699	4,09	0,00
343	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0,7435	3,30	0,00
344	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1,0711	2,67	0,00
345	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0,5545	2,63	0,00
346	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	4,82	1,00
347	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1,3483	5,18	-
348	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0,5356	3,86	0,00
349	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2,0162	10,60	-
350	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0,7120	7,15	-
351	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1,3609	4,99	0,00
352	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0,5671	3,70	0,00
353	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	4,80	1,00
354	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0,4221	4,04	-
355	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2,3564	9,71	-
356	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0,7939	8,04	-
357	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	5,50	1,00
358	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	4,82	1,00
359	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,1890	0,00	-
360	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6,30	-
361	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	4,54	0,00
362	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	3,71	0,00
363	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	5,74	-
364	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0,8695	5,93	-

365	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0,4032	3,68	-
366	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0,2646	3,98	-
367	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	5,98	-
368	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0,3339	3,50	0,00
369	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	6,57	-
370	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	4,12	0,00
371	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,3465	2,73	0,00
372	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1,1026	4,21	-
373	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0,4284	2,58	0,00
374	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0,2835	2,26	0,00
375	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1,3861	4,83	0,00
376	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0,5860	3,61	0,00
377	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0,2961	2,74	0,00
378	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1,1467	6,85	-
379	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0,4788	4,17	0,00
380	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0,2583	2,75	0,00
381	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	5,57	-
382	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0,9262	4,92	-
383	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	6,97	1,00
384	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,95	1,00
385	9	C	J1010	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4,8137	7,11	0,00
386	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1,2097	6,16	1,00
387	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,9829	3,93	0,00
388	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0,5482	3,20	0,00
389	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,3780	2,86	0,00
390	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	4,52	0,00
391	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,82	0,00
392	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0,4978	3,47	0,00
393	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului	0,4473	3,68	0,00
394	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0,2709	3,69	0,00
395	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	9,85	0,00

396	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2,6148	12,69	-
397	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1,7768	6,92	0,00
398	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	4,86	-
399	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0,8947	4,90	0,00
400	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3,5347	8,63	-
401	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1,4491	6,27	1,00
402	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0,1260	0,00	-
403	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	4,35	0,00
404	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0,2394	2,81	0,00
405	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0,2772	2,96	0,00
406	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,3420	7,87	1,00
407	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0,5608	5,38	1,00
408	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0,5545	4,61	-
409	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0,2709	3,17	1,00
410	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0,5923	3,99	0,00
411	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0,1575	0,00	-
412	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0,9199	4,50	0,00
413	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0,0882	0,00	-
414	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0,3843	0,00	-
415	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	9,16	1,00
416	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	8,60	1,00
417	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	7,64	1,00
418	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	4,08	1,00
419	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	4,13	0,00
420	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	4,33	1,00
421	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	3,11	1,00
422	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	5,01	-
423	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2,7849	6,28	1,00
424	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,2790	5,94	2,00
425	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0,5734	4,95	2,00
426	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2,3060	5,33	1,00
427	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1,5185	6,29	2,00
428	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0,7246	4,04	2,00
429	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,3843	3,04	0,00
430	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0,4158	2,73	-
431	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	3,46	1,00
432	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0,4851	2,97	1,00

433	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	3,25	0,00
434	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0,2016	0,00	-
435	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0,3969	3,46	-
436	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	14,63	0,00
437	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1,1971	1,00	
438	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	8,90	1,00
439	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2,7345	7,08	1,00
440	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	4,85	0,00
441	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	4,54	0,00
442	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1,2790	4,33	0,00
443	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	7,03	0,00
444	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8821	7,43	0,00
445	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	4,57	0,00
446	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4,20	0,00
447	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,2790	4,62	0,00
448	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0,5230	3,94	0,00
449	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	4,06	0,00
450	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0,5419	4,24	0,00
451	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4,9460	5,44	1,00
452	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2,1233	3,87	0,00
453	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1,0459	3,71	0,00
454	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2,2556	7,47	1,00
455	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1,2160	6,26	1,00
456	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4,83	1,00
457	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0,0945	4,00	
458	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	4,69	0,00
459	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,09	0,00
460	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	7,13	2,00
461	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0,7435	5,82	1,00
462	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0,4284	4,47	0,00
463	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0,3276	3,19	0,00
464	11	M	L3061	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	4,00	1,00

465	11	M	L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3339	3,36	0,00
466	11	M	L3070	Strictura uretrala	0,3528	3,59	0,00
467	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	8,23	-
468	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0,8947	4,65	0,00
469	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3087	3,34	0,00
470	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0,1890	0,00	-
471	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2,7723	9,97	1,00
472	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	6,62	0,00
473	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8695	6,61	0,00
474	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	3,13	0,00
475	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0,5734	2,63	0,00
476	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	3,27	0,00
477	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0,4410	3,33	0,00
478	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	2,40	0,00
479	12	C	M1061	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1,9217	2,98	0,00
480	12	C	M1062	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0,6049	5,63	0,00
481	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	4,43	0,00
482	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0,3465	2,84	0,00
483	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1,0837	3,95	0,00
484	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0,2835	3,33	-
485	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	4,50	0,00
486	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0,3402	3,41	0,00
487	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0,2646	1,00	-
488	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,2520	2,83	0,00
489	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0,1890		-
490	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3,3456	9,18	1,00
491	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3,0243	6,39	1,00

492	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1,6949	4,79	1,00
493	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2,5833	4,45	1,00
494	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1,5878	3,71	1,00
495	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1,1719	6,36	1,00
496	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	6,33	1,00
497	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0,9955	4,99	1,00
498	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	4,79	1,00
499	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0,5104	2,47	0,00
500	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	3,89	1,00
501	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0,3087	2,51	0,00
502	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0,2898	1,92	0,00
503	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2,8668	2,99	0,00
504	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0,3717	1,96	0,00
505	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	4,78	1,00
506	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0,5797	3,10	0,00
507	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0,3969	3,31	0,00
508	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	3,02	0,00
509	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0,1827	2,30	0,00
510	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0,1890		-
511	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2,3123	5,17	1,00
512	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1,5752	4,70	1,00
513	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1,2223	4,62	1,00
514	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,2412	4,42	0,00
515	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9388	4,33	0,00
516	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0,8128	4,02	1,00
517	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,5860	2,60	0,00
518	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0,2835	2,01	0,00
519	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1,0270	4,43	0,00
520	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0,7309	4,44	1,00
521	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0,6238	3,89	0,00
522	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,3402	5,72	0,00
523	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0,2394	2,43	-
524	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0,3276	2,83	-
525	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0,1449	2,34	-

526	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	2,88	0,00
527	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	0,00	-
528	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0,7561	1,82	2,00
529	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15,7327	34,38	6,00
530	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12,4375	26,26	14,00
531	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9,9109	53,69	25,00
532	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6,4140	28,80	10,00
533	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10,1629	27,94	10,00
534	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3,2700	6,43	4,00
535	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0,2709	1,29	1,00
536	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0,4536	1,23	1,00
537	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22,6886	18,06	-
538	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15,7579	28,97	20,00
539	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6,0801	8,04	9,00
540	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4,5113	12,71	9,00
541	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4,6751	15,02	9,00
542	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3,1944	10,76	7,00
543	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2,3312	8,51	4,00
544	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2,1296	3,88	-
545	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,5581	10,31	9,00
546	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2,0918	6,35	5,00
547	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1,4176	5,62	3,00
548	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,6301	4,65	-
549	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,2934	6,62	5,00

550	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1,3042	4,06	3,00
551	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0,7309	3,76	2,00
552	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,3150	3,21	2,00
553	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	9,71	1,00
554	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	4,34	1,00
555	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0,6175	4,47	0,00
556	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	4,61	1,00
557	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0,7120	3,05	-
558	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0,2331	3,57	1,00
559	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1,3168	5,68	1,00
560	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0,6490	5,32	0,00
561	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0,2268	4,36	0,00
562	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	4,93	1,00
563	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	7,34	1,00
564	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2,0162	4,47	0,00
565	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3,3960	6,96	1,00
566	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1,8398	4,88	1,00
567	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8767	9,40	0,00
568	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9892	3,55	-
569	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,5248	3,95	0,00
570	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,7120	3,48	0,00
571	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5,3870	12,47	0,00
572	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1,0648	4,27	0,00
573	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0,6112	3,92	-
574	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3,0936	5,81	0,00
575	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1,0207	3,82	0,00
576	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0,1323	0,00	-
577	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1,1656	3,65	0,00
578	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0,4914	3,30	0,00
579	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	3,33	
580	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095	13,50	

581	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5,6769	9,98	1,00
582	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	6,69	0,00
583	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazaitare fara CC	1,3231	5,74	0,00
584	18	M	S3010	HIV, de zi	0,1890	0,00	-
585	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	7,18	1,00
586	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,4320	5,63	-
587	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1,5941	5,85	-
588	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8,76	2,00
589	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0,8254	5,76	2,00
590	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	8,64	-
591	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,5545	4,86	
592	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0,8443	3,80	2,00
593	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0,3969	3,54	-
594	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0,5734	6,40	3,00
595	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0,3087	5,80	-
596	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	5,62	2,00
597	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0,5608	4,88	-
598	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1197		-
599	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1134	0,00	-
600	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2,3942	28,76	
601	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1,3168	12,74	1,00
602	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1,9280	11,33	-
603	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0,9325	10,41	-
604	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	9,79	1,00
605	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1,4996	9,05	1,00
606	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0,8695	6,90	-
607	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0,6553	5,92	-
608	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3,3204	7,89	-
609	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0,8002	5,85	1,00
610	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1,6634	4,14	0,00
611	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0,5545	7,11	1,00
612	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0,2457	5,73	-
613	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0,7309	14,34	-
614	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0,6805	7,56	-

615	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0,0882	0,00	-
616	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0,3843	8,26	
617	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0,3591	2,92	
618	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0,3843	5,83	-
619	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traummatisme multiple semnificative	15,2538	25,49	6,00
620	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	12,19	1,00
621	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	13,47	2,00
622	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	12,70	1,00
623	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0,8380	4,08	0,00
624	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1,8272	7,43	0,00
625	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0,7624	4,93	0,00
626	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0,5545	3,17	0,00
627	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	5,61	0,00
628	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0,6553	4,54	0,00
629	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	11,07	0,00
630	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1,5437	9,27	0,00
631	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1,61	1,00
632	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2,0036	7,43	2,00
633	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0,8506	6,33	1,00
634	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0,2772	4,63	-
635	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0,2268	3,90	0,00
636	21	M	X3020	Reactii alergice	0,2457	2,85	1,00
637	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0,5860	3,08	1,00
638	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0,2457	1,89	1,00
639	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	6,00	1,00
640	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0,3906	4,56	-
641	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0,6490	5,24	1,00
642	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0,2268	3,92	-
643	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28,8695	29,35	1,00
644	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	22,56	0,00

645	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1,9469	15,99	-
646	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1,1971	10,24	0,00
647	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	9,38	0,50
648	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0,4347	5,97	-
649	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0,2520	1,45	1,00
650	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	9,56	0,00
651	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0,1701	1,74	-
652	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1,0585	2,70	1,00
653	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0,4536	3,87	1,00
654	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	6,87	2,00
655	23	M	Z3012	Reabilitarere fara CC catastrofale sau severe	1,1341	3,36	-
656	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	0,00	-
657	23	M	Z3020	Semne si simptome	0,4410	4,23	1,00
658	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0,1890	7,21	-
659	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	3,58	0,00
660	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0,4914	2,87	-
661	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0,5923	3,62	0,00
662	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0,1323	0,00	-
663	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,4410	4,77	-
664	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9,13	1,00
665	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	7,13	-
666	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464		-
667	24	M	93010	Negrupabile	0,6490		-
668	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0,1197	4,82	-
669	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2,3438	4,25	-

1. "-" semnifică un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi.
2. DMS a fost calculată pe baza cazurilor raportate și confirmate, din secții ce furnizează îngrijiri de tip acut, în perioada 01.01-31.12.2022.
3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și confirmate în perioada 01.01-31.12.2022 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă – ATI.
4. M - categorie Medicală, C - Categorie chirurgicală, A - Alte categorii.
5. Duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externate, confirmate și raportate din secțiile ce furnizează îngrijiri de tip acut.

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienţilor doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG şi tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

Grouper: aplicaţie computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat).

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital.

Cazuri ponderate (CP): pacienţi "virtuali" generaţi prin ajustarea cazurilor externate, în funcţie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente.

Nr. CP = Σ (VRDRGi x CRDRGi)

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienţi trataţi într-un spital, în funcţie de diagnostic şi gravitate.

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanţă cu pacienţii trataţi.

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referinţă, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel naţional:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel naţional / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital.

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

TCDRGi = TCP x VRDRGi

Abrevieri:

CMD = Categorii majore de diagnostice
DRG = Grupe de diagnostice
VR = Valoare Relativă
DS = Durată de spitalizare
CR = Cazuri rezolvate (externate)
CP = Cazuri ponderate
ICM = Indice de case-mix (indice de complexitate a cazurilor)
CCP = Costul pe caz ponderat
RB = Rata de bază
TCP = Tariful pe caz ponderat
TC = Tariful pe tip de caz

Anexa 23 C

TARIFELE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECŢIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE BOLI CRONICE ŞI DE RECUPERARE, PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE - PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secţie/compartiment	Codul secţiei/ Compartimentului*)	Tarif pe zi de spitalizare (lei)
1.	Cronici	1061	229,82
2.	Geriatrie şi gerontologie	1121	198,25
3.	Neonatologie (prematuri)	1222	515,00
4.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternităţi de gradul II	1222.1	664,11
5.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternităţi de gradul III	1222.2	1.107,54
6.	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	230,73
7.	Pediatrie cronici	1282	322,25
8.	Pneumoftiziologie	1301	232,03
9.	Pneumoftiziologie pediatrică	1302	299,03
10.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1	112,79
11.	Psihiatrie cronici	1333.2	130,13
12.	Recuperare, medicină fizică şi balneologie	1371	234,25
13.	Recuperare, medicină fizică şi balneologie copii	1372	125,75
14.	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	235,36
15.	Recuperare medicală – neurologie	1393	252,34
16.	RecuCperare medicală - ortopedie şi traumatologie	1403	311,21
17.	Recuperare medicală - respiratorie	1413	297,38
18.	Recuperare neuro-psiho-motorie	1423	239,79
19.	Îngrijiri paliative	1061PAL	273,08
20.	Recuperare medicală	1393REC	244,71

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTA 1: Tariful contractat este tariful pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepţia secţiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 şi 11 a secţiei de recuperare medicală neurologie şi recuperare neuro-psiho-motorie prevăzute la poz. 15 şi 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele se pot majora cu până la 30%, respectiv secţiilor de pneumoftiziologie şi pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 şi 9, pentru care tarifele se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secţia clinică recuperare neuromusculară, recuperare medicală, neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni", secţia clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Naţional de Recuperare Medicină Fizică şi Balneologie, secţia de recuperare neuro-psiho-motorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robănescu" şi secţia de recuperare neurologică de la Spitalul Universitar de Urgenţă Elias, tariful pe zi de spitalizare este 512,96 lei/zi.

TARIFUL MEDIU PE CAZ PENTRU SPITALELE DE ACUŢI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE BOLI CRONICE ŞI DE RECUPERARE

Nr. Crt.	Grupa	Secţia/compartimentul (acuţi)	Codul secţiei/ Compartimentului*)	Tarif pe zi de spitalizare (lei)
1.	Medicale	Boli infecţioase	1011	1.307,49
2.	Medicale	Boli infecţioase copii	1012	1.086,26
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	2.004,36
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.167,26
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	1.050,20
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.239,56
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	907,74
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	1081	1.194,26
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice copii	1082	1.230,41
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	1.049,32
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	1.130,62
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.287,02
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.702,62
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	1.102,39
15.	Medicale	Imunologie clinică şi alergologie	1151	1.291,75
16.	Medicale	Imunologie clinică şi alergologie copii	1152	963,93
17.	Medicale	Medicină internă	1171	1.061,27
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.299,47
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	972,69
20.	Medicale	Neonatologie (nn şi prematuri)	1202	1.028,28
21.	Medicale	Neonatologie (nou-născuţi)	1212	948,50
22.	Medicale	Neurologie	1231	1.460,87
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	1.182,06
24.	Medicale	Oncologie medicală	1241	1.156,80
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.418,76
26.	Medicale	Pediatrie	1252	1.011,99
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.164,44
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	887,90
29.	Medicale	Psihiatrie acuţi	1311	1.555,75
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.504,56
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.575,65
32.	Medicale	Psihiatrie (acuţi şi cronici)	1343	1.655,46
33.	Medicale	Reumatologie	1433	1.111,45
34.	Chirurgicale	Arşi	2013	3.602,32
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.860,31

36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă şi a vaselor mari	2043	3.772,90
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.471,81
38.	Chirurgicale	Chirurgie şi ortopedie pediatrică	2092	1.126,19
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.417,25
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică şi reparatorie	2113	1.587,48
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	1.865,34
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	2.658,56
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	858,84
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.362,97
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	1.097,14
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	941,70
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	788,22
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	855,43
49.	Chirurgicale	Ortopedie şi traumatologie	2211	1.493,09
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	2212	1.111,32
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.340,06
52.	Chirurgicale	Chirurgicale Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.427,69
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.214,37
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-facială	6013	1.175,67

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu modificările şi completările ulterioare.

NOTĂ: Tariful contractat este tariful mediu pe caz prevăzut în tabel.

ANEXA 23 D

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a), ... domiciliat/ă în localitatea ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul ....., telefon ....., actul de identitate ..... seria ....., nr. ....., CNP/cod unic de asigurare ..... cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una dintre categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute mai jos:

( ) copii 0 - 18 ani [conform art. 225 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare - se completează de părinţi/aparţinători legali];

( ) copii 0 - 18 ani care nu deţin cod numeric personal şi care nu sunt înregistraţi în registrele de stare civilă [conform art. 225 alin. (1) lit. a) şi alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];*)

( ) tineri între 18 ani şi 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenţi de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi - care nu realizează venituri din muncă [conform art. 225 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) bolnavi cu afecţiuni incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecţiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform art. 225 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) persoanele fizice cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri [conform art. 225 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) femei însărcinate şi lăuze - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe ţară - pentru servicii medicale legate de evoluţia sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) femei însărcinate şi lăuze care nu deţin cod numeric personal şi care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe ţară - pentru servicii medicale legate de evoluţia sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) şi alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];*)

( ) femei însărcinate şi lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare],

( ) femei însărcinate şi lăuze care nu deţin cod numeric personal şi care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) şi alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare],*)

( ) persoane cetăţeni români, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare]*)

( ) persoane cetăţeni români care nu deţin cod numeric personal şi care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare]*)

( ) persoane reţinute, arestate sau deţinute, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, care se află în centrele de reţinere şi arestare preventivă [conform art. 225 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare].*)

( ) donatorii de celule stem hematopoietice care sunt identificaţi ca fiind compatibili cu un pacient neînrudit sau înrudit, pentru evaluarea medicală finală în vederea donării, donare şi monitorizarea postdonare, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform art. 225 alin. (1) lit. h) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare].*)

dovedită prin documentul/documentele .....

Data Semnătura

....

---

*) persoanele care solicită servicii medicale, vor declara că nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, cu excepţia copiilor de până la 14 ani şi a persoanelor cu handicap, pentru care declaraţia se formulează de către persoanele care le însoţesc la furnizorul de servicii medicale.

ANEXA 23 E

I. CONSIMŢĂMÂNT AL PERSOANEI ASIGURATE

- model -

1. Datele pacientului	Numele şi prenumele: Cod numeric personal: Domiciliul/reşedinţa:		
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele şi prenumele: Domiciliul/Reşedinţa: Calitatea:		
3. Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical ce urmează a fi acordat) cu evidenţierea grupei de diagnostic din anexa 23 B II la Normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. ..../..../2023.			
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informaţii în legătură cu serviciile spitaliceşti ce urmează să fie acordate pacientului:		DA	NU
a. - tariful practicat de unitatea sanitară cu paturi ..... pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă	..... lei		
b. - suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitaliceşti ce urmează să fie acordate pacientului, rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului	..... lei		
c. Contribuţia personală - reprezintă diferenţa dintre suma prevăzută la lit. a şi suma prevăzută la lit. b.	..... lei		
d. Sumă estimată pentru servicii suplimentare, din care: d1. - suma pentru servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului	..... lei ..... lei ..... lei		

d2. - suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit faţă de standard			
5. Consimţământ pentru plata contribuţiei personale Pacientul este de acord cu plata contribuţiei personale pentru serviciile acordate în cadrul internării în regim de spitalizare continua.			

*) Se utilizează în cazul minorilor şi majorilor fără discernământ.

**) Sumele prevăzute la pct. 4 lit. a), b), c) şi d) sunt detaliate în devizul estimativ care este anexă la prezentul consimţământ.

Subsemnatul, ...
(numele şi prenumele pacientului/reprezentantului legal),
declar că am înţeles toate informaţiile furnizate de către
.....
(numele şi prenumele persoanei din cadrul unităţii sanitare care a furnizat informaţiile)
şi enumerate mai sus, şi îmi exprim consimţământul informat pentru plata contribuţiei personale.

Data: ...../...../.....
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la plata contribuţiei personale .....

- model -

II. DEVIZ ESTIMATIV
Nr. ...../.....

Unitatea sanitară .....,
Adresa: Str. ..... nr. .....,
Localitatea ....., judeţul .....,
Telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail .....
CUI ....., ROMÂNIA
Cont .....
CAS/Contract .....

Date aferente pacientului:
Numele şi prenumele pacientului .....
Data naşterii .....
CNP .....
Adresa de domiciliu .....
Cetăţenia .....
Diagnosticul principal .....

Datele cazului tratat:

Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical ce urmează a fi acordat) cu evidenţierea grupei de diagnostic din anexa 23 B II la Normele	

metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. ..../..../2023	
Nr. de zile de spitalizare/caz estimate	

Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate în regim de spitalizare continuă

Nr. crt.		Suma aferentă - lei -		
1.	Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă (în condiţii de cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană), care cuprinde:	..... lei		
	(Notă: se vor evidenţia mai jos toate serviciile medicale acordate/ medicamentele şi materialele sanitare/ dispozitive medicale, detaliat cu cantitate şi preţ, precum şi celelalte categorii de cheltuieli care intră în tariful spitalului pentru rezolvarea cazului, inclusiv onorariul medicului/ medicilor curanţi)	Cantitate	Preţ/ unitate de măsură	Suma
		c1	c2	c3= c1*c2
1.1	Cheltuieli pentru cazare cameră şi hrană (la nivel standard) (Nr. zile spitalizare x cheltuieli cazare şi hrană pe zi de spitalizare)			
1.2	Cheltuieli pentru cazare ATI, după caz			
1.3	Farmacie - Cheltuieli pentru medicamente* şi alte produse din farmacie pe perioada spitalizării .... (* cheltuielile pentru medicamentele suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.4	Cheltuieli pentru materiale sanitare* şi alte consumabile .... (* cheltuielile pentru materialele sanitare suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate			

	din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.5	Cheltuieli pentru investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator (inclusiv investigaţii anatomie patologică)				
1.6	Cheltuieli pentru investigaţii paraclinice de radiologie imagistică medicală şi medicină nucleară* ..... (* cheltuielile pentru investigaţiile suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.7	Cheltuieli pentru alte investigaţii şi proceduri				
1.8.	Cheltuieli consult(uri) interclinice				
1.9	Dispozitiv(e) medical(e)* .... (* cheltuielile pentru dispozitivele suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.10	Alte servicii* .... (* cheltuielile pentru servicii suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)	.....	.....	...	
1.11	Alte îngrijiri				
1.12	Cheltuieli personal				

1.13	Cheltuieli indirecte			
	NOTĂ: * cheltuielile pentru servicii, medicamente, materiale sanitare/ dispozitive medicale şi investigaţii de tip PET-CT suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, pentru acestea nefiind percepută contribuţie personală. Aceste cheltuieli nu intră în suma prevăzută la pct. 1.			
2.	Sumă estimată pentru servicii suplimentare, din care: (2 = 2.1 + 2.2)	..... lei		
2.1.	Suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit faţă de standard (nr. zile spitalizare x sumă servicii hoteliere suplimentare/zi de spitalizare)	..... lei		
2.2.	Suma pentru servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului, respectiv:	..... lei		
	Nota: (se vor evidenţia mai jos toate serviciile medicale suplimentare, detaliat cu cantitate şi preţ;) 2.2. = sumă lit. a + sumă lit. b + sumă lit. c + ...	Cantitate c1	Preţ c2	Suma c3= c1*c2
	a.			
	b.			
	c.			
	.....			
3.	Tarif integral practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă = Suma de la pct. 1 + Suma de la pct. 2	..... lei		
4.	Suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitaliceşti ce urmează să fie acordate pacientului (rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului)	..... lei		
5.	Contribuţia personală = suma prevăzută la pct. 1 - suma prevăzută la pct. 4	..... lei		

|____|_____|_____|

Notă: Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situaţiile identificate în strânsă legătură cu evoluţia clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimţământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Întocmit ..... (se va trece numele şi prenumele persoanei care a întocmit devizul)
Semnătura .....
Data .....

Am luat la cunoştinţă despre informaţiile din prezentul devizul cu nr. ...../.....

Sunt de acord cu prelucrarea şi protecţia datelor cu caracter personal Regulamentul UE nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor).

Semnătură asigurat/reprezentant legal .....
Data .....

- model -

III. DECONT DE CHELTUIELI
Nr. ...../.....

Unitatea sanitară .....,
Adresa: Str. ..... nr. ....,
Localitatea ....., judeţul .....,
Telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail .....
CUI ....., ROMÂNIA
Cont .....
CAS/Contract .....

Date aferente pacientului:
Numele şi prenumele pacientului .....
Data naşterii .....
CNP .....
Adresa de domiciliu .....
Cetăţenia .....
Diagnosticul principal .....

Datele cazului tratat:
Nr. F.O. .....
Data internării ....., ora internării .....
Data externării ....., ora externării .....
Transfer la spital .....

Nr. de zile de spitalizare pe caz externat .....

Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical acordat) cu evidenţierea grupei de diagnostic din anexa 23 B II la Normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. ....../....../2023

.....

.....

.....

Nr. crt.		Suma aferentă - lei -		
1.	Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă (în condiţii de cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană), care cuprinde:	..... lei		
	(Notă: se vor evidenţia mai jos toate serviciile medicale acordate/ medicamentele şi materialele sanitare/ dispozitive medicale, detaliat cu cantitate şi preţ, precum şi celelalte categorii de cheltuieli care intră în tariful spitalului pentru rezolvarea cazului, inclusiv onorariul medicului/ medicilor curanţi)	Cantitate c1	Preţ/ unitate de măsură c2	Suma c3= c1*c2
1.1	Cheltuieli pentru cazare cameră şi hrană (la nivel standard) (Nr. zile spitalizare x cheltuieli cazare şi hrană pe zi de spitalizare)			
1.2	Cheltuieli pentru cazare ATI, după caz			
1.3	Farmacie - Cheltuieli pentru medicamente* şi alte produse din farmacie pe perioada spitalizării .... (* cheltuielile pentru medicamentele suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.4	Cheltuieli pentru materiale sanitare* şi alte consumabile ..... (* cheltuielile pentru materialele sanitare suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.5	Cheltuieli pentru investigaţii			

	paraclinice - analize medicale de laborator (inclusiv investigaţii anatomie patologică)				
1.6	Cheltuieli pentru investigaţii paraclinice de radiologie imagistică medicală şi medicină nucleară* ..... (* cheltuielile pentru investigaţiile suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.7	Cheltuieli pentru alte investigaţii şi proceduri				
1.8.	Cheltuieli consult(uri) interclinice				
1.9	Dispozitiv(e) medical(e)* .... (* cheltuielile pentru dispozitivele suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.10	Alte servicii* .... (* cheltuielile pentru servicii suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, şi nu intră în calculul sumei de la pct. 1)				
1.11	Alte îngrijiri				
1.12	Cheltuieli personal	x	x		
1.13	Cheltuieli indirecte				
	NOTĂ: * cheltuielile pentru servicii, medicamente, materiale sanitare/dispozitive medicale şi investigaţii de tip PET-CT suportate din programe vor fi evidenţiate distinct ca fiind				

	suportate din FNUASS, pentru acestea nefiind percepută contribuţie personală. Aceste cheltuieli nu intră în suma prevăzută la pct. 1.			
2.	Sumă pentru servicii suplimentare, din care: (2 = 2.1 + 2.2)	..... lei		
2.1.	Suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit faţă de standard (nr. zile spitalizare x sumă servicii hoteliere suplimentare/zi de spitalizare)	..... lei		
2.2.	Suma pentru servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului, respectiv:	..... lei		
	(Nota: se vor evidenţia mai jos toate serviciile medicale suplimentare, detaliat cu cantitate şi preţ;) 2.2. = sumă lit. a + sumă lit. b + sumă lit. c + ...	Cantitate	Preţ	Suma
		c1	c2	c3= c1*c2
	a.			
	b.			
	c.			
3.	Tarif integral practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă = Suma de la pct. 1 + Suma de la pct. 2	..... lei		
4.	Suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitaliceşti ce urmează să fie acordate pacientului, rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului	..... lei		
5.	Contribuţia personală = suma prevăzută la pct. 1 - suma prevăzută la pct. 4	..... lei		

NOTĂ: Decontul de cheltuieli eliberat asiguraţilor de către spitalele private pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG pentru care se încasează contribuţie personală asiguraţilor, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.

Întocmit ..... (se va trece numele şi prenumele persoanei care a întocmit decontul)
Semnătura .....
Data: .....

Am luat la cunoştinţă despre informaţiile din prezentul decont cu nr. ...../..... .....
Sunt de acord cu prelucrarea şi protecţia datelor cu caracter personal Regulamentul UE nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor).

Semnătură asigurat/reprezentant legal .....
Data .....

IV. INFORMAŢII PRIVIND CONTRIBUŢIA PERSONALĂ PE CARE O POT ÎNCASA SPITALELE PRIVATE

- model -

Unitatea sanitară .....

Lista cuprinzând valoarea estimată a contribuţiei personale a asiguraţilor/grupe de diagnostic*), pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, la data de .....
[conform art. 92 alin. (1) lit. a) pct. 3 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi art. 11 alin. (4) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023]

Nr. crt.	Descrierea grupelor de diagnostice *)	Valoare relativă a cazului **)	Tarif/caz ponderat propriu spitalului ***)	Suma decontată de CAS/ caz	Tarif/caz practicat de unitatea sanitară privată	Contribuţia personală a asigu-rat tului
c1	c2	c3	c4	c5=c3xc4	c6	c7=c6-c5
1.						
2.						
3.						
(...)						

*) Descrierea grupelor de diagnostic se completează conform datelor din coloana "Descrierea grupelor de diagnostice" din tabelul prevăzut în anexa nr. 23 B II la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .../..../2023.
**) Valoarea relativă a cazului se completează conform datelor din coloana "valoare relativă" din tabelul prevăzut în anexa nr. 23 B II la Ordinul

ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023.

***) Tariful pe caz ponderat propriu spitalului este prevăzut în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023.

ANEXA 24
- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
..... |_____|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie
| şi imagistică medicală
| Precizări: .....
DA/NU | .....
7. Dg. trimitere ..... | Observaţii speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator .... DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/
8. Date clinice şi paraclinice | Dificilă
care să justifice explorarea | 3. Antecedente alergice ..... DA/NU
RMN: | 4. Astm bronşic ..... DA/NU
..... | 5. Crize epileptice ..... DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină ..... DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
| osteosinteză
Dacă DA Data ..... Unde ..... | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
|
| Semnătura pacientului

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

```
 _____________________________________________
| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O              |
| CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |
|_____________________________________________|
```

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

```
UNITATEA SANITARĂ ..................... Tel.:
DEPARTAMENTUL ......................... Fax:

                    _________________
Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
.............. |_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

```
Organ ţintă/segment anatomic de examinat ..............................
1. Pacient: Nume .............. Prenume ............. telefon ............
2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare ..........................
3. Greutate ................... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU   |
Alte case ......................... | Data: ..............................
                                   | Ora: ...............................
5. Internat DA/NU -                |
Secţia ..... nr. FO ............... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
                                   | *) Se va aplica semnătura şi parafa
                                   | medicului de specialitate radiologie
                                   | şi imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode   |
de diagnostic: DA/NU               | Precizări: .........................
7. Dg. trimitere .................. | ...................................
.................................. | ...................................
8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit ..............
să justifice explorarea CT:        | ...................................
.................................. | ...................................
.................................. | ...................................
.................................. | ...................................
.................................. | ...................................
.................................. | ...................................
9. Examen CT anterior: DA/NU       | ...................................
10. Toleranţă la substanţa iodată: | ...................................
DA/NU                              | ...................................
Trimis de (spital, clinică) ...... |
Medic solicitant ...... Data: .... |
Semnătura şi parafa medicului
solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
UNITATEA SANITARĂ ..................... Tel.:
```

DEPARTAMENTUL ..... Fax:

| Şef departament ..... | URGENŢĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... |
6. S-au epuizat celelalte metode de |
diagnostic: DA/NU | Precizări*): .....
7. Dg. trimitere ..... | .....
..... | .....
8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
să justifice explorarea | .....
..... | .....
..... | .....
..... | .....
..... | .....
..... | *) Sarcina reprezintă
9. Examen scintigrafic anterior: | contraindicaţie de efectuare a
DA/NU | examenului scintigrafic
10. Stări alergice*): DA/NU |
Trimis de (spital, clinică) ..... | Semnătura pacientului
Medic solicitant Data: | (acolo unde este necesară
Semnătura şi parafa medicului | confirmarea)
Solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

| Şef departament ..... | URGENŢĂ: DA/NU |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal/**cod unic de asigurare** .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen angiografic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....

```
5. Internat DA/NU -                  |
Secţia ..... nr. FO ..............   |
6. S-au epuizat celelalte metode de  |
diagnostic: DA/NU                    | Precizări*): .....................
7. Dg. trimitere .................   | .....................................
.....................................| .....................................
.....................................| Observaţii speciale legate de
8. Date clinice şi paraclinice care  | pacient:
să justifice explorarea              | 1) Pacient diabetic .......... DA/NU
.....................................| - în tratament cu sulfamide
.....................................| hipoglicemiante ............... DA/NU
.....................................| (dacă DA se opreşte tratamentul cu
.....................................| 48 de ore înaintea investigaţiei)
.....................................| 2) Hepatita ................. DA/NU
.....................................| Diagnostic angiografic stabilit
.....................................| .....................................
                                     | .....................................
                                     | .....................................
                                     | .....................................
                                     | .....................................
9. Examen angiografic anterior:      | .....................................
DA/NU                                |
10. Puls: - arteră femurală dreaptă  | *) - Pacientul se va prezenta
.....................................| obligatoriu cu următoarele teste
- arteră femurală stângă             | efectuate: activitatea protrombinică
.....................................| şi timpul de protrombină determinate
                                     | în ziua efectuării investigaţiei,
                                     | creatinină, uree, ECG, tensiune
                                     | arterială, antigen HbS, test HIV
                                     | - Administrarea anticoagulantelor
                                     | cumarinice trebuie oprită cu 72 de
10. Stări alergice*): DA/NU          | ore înaintea investigaţiei;
- la substanţa de contrast ........  | medicaţia antihipertensivă şi
- alte alergii ....................  | antiaritmică NU se opreşte;
                                     | Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) .......  | (acolo unde este necesară
                                     | confirmarea)
Medic solicitant    Data:            |
Semnătura şi parafa medicului        |
solicitant                           |

Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)
```

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura şi parafa medicului care a efectuat investigaţia.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi.

ANEXA 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECŢII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Nr. crt.	**Cod secţie**	**Denumire secţie**	Durată de spitalizare realizată 2022

1	1011	Boli infecțioase	7,74
2	1012	Boli infecțioase copii	4,61
3	1023	HIV/SIDA	5,65
4	1033	Boli parazitare	5,13
5	1051	Cardiologie	5,42
6	1052	Cardiologie copii	5,22
7	1061	Cronici	10,81
8	1061_PAL	Îngrijiri paliative	31,64
9	1071	Dermatovenerologie	6,01
10	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	5,85
11	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	4,15
12	1101	Endocrinologie	3,29
13	1102	Endocrinologie copii	2,42
14	1111	Gastroenterologie	5,10
15	1121	Geriatrie și gerontologie	11,86
16	1131	Hematologie	5,79
17	1132	Hematologie copii	4,75
18	1151	Imunologie clinică și alergologie	3,27
19	1152	Imunologie clinică și alergologie copii	3,83
20	1171	Medicină internă	6,67
21	1191	Nefrologie	6,69
22	1192	Nefrologie copii	4,60
23	1202	Neonatologie (nn și prematuri)	3,96
24	1212	Neonatologie (nou născuți)	3,97
25	1222	Neonatologie (prematuri)	15,09
26	1222.1	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de grd II	13,11
27	1222.2	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	19,71
28	1231	Neurologie	7,68
29	1232	Neurologie pediatrică	4,19
30	1241	Oncologie medicală	4,29
31	1242	Oncopediatrie	7,17
32	1252	Pediatrie	4,15
33	1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	3,83
34	1272	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	23,27
35	1282	Pediatrie cronici	8,30
36	1291	Pneumologie	7,91
37	1292	Pneumologie copii	4,69

38	1301	Pneumoftiziologie	29,86
39	1302	Pneumoftiziologie pediatrică	17,69
40	1311	Psihiatrie acuți	9,56
41	1312	Psihatrie pediatrică	5,83
42	1321	Psihiatrie (Nevroze)	8,16
43	1333.1	Psihiatrie cronici (lungă durată)	365,70
44	1333.2	Psihiatrie cronici	54,71
45	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	9,84
46	1353	Toxicomanie	10,51
47	1363	Radioterapie	7,73
48	1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	11,17
49	1372	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	27,84
50	1383	Recuperare medicală cardiovasculară	11,26
51	1393	Recuperare medicală neurologie	12,79
52	1393_REC	Recuperare medicală	10,34
53	1403	Recuperare medicală ortopedie și traumatologie	10,45
54	1413	Recuperare medicală respiratorie	10,07
55	1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	14,41
56	1433	Reumatologie	5,83
57	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	5,99
58	1463	Toxicologie	2,89
59	1473	Secții sanatoriale	20,83
60	1473_B	Secții sanatoriale balneare	21,00
61	1473_P	Preventorii	57,00
62	1493	Genetică medicală	10,17
63	2013	Arși	13,65
64	2033	Chirurgie cardiovasculară	9,11
65	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	11,46
66	2051	Chirurgie generală	6,13
67	2063	Chirurgie laparoscopică	4,79
68	2083	Chirurgie oncologică	6,27
69	2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	3,56
70	2102	Chirurgie pediatrică	3,97
71	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	4,87
72	2123	Chirurgie toracică	7,28
73	2133	Chirurgie vasculară	6,38
74	2141	Ginecologie	3,65
75	2151	Gineco-oncologie	3,17

76	2173	Neurochirurgie	7,13
77	2181	Obstetrică	3,99
78	2191	Obstetrică-ginecologie	3,83
79	2201	Oftalmologie	2,68
80	2202	Oftalmologie copii	3,18
81	2211	Ortopedie şi traumatologie	6,04
82	2212	Ortopedie pediatrică	3,01
83	2221	Otorinolaringologie (ORL)	4,13
84	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	1,99
85	2233	Otorinolaringologie (ORL)- implant cohlear	3,74
86	2263	TBC osteo-articular	11,44
87	2301	Urologie	4,65
88	2302	Urologie pediatrică	5,41
89	6013	Chirurgie maxilo-facială	4,00

Durata de spitalizare pe secţii se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secţia respectivă şi validat, număr întreg cu două zecimale.

Durata individuală a cazului se calculează ca diferenţa matematică între data externării şi data internării.

Durata de spitalizare efectiv realizată pe secţii/compartimente se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat şi validat de pe secţia respectivă, în perioada pentru care se face decontarea şi este număr întreg cu 2 zecimale.

Durata medie de spitalizare la nivel naţional pentru secţii de acuţi este 5,61.

NOTĂ:

1. Pentru secţia clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgenţă "Bagdasar Arseni", pentru secţia recuperare neurologie adulţi "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul Covasna, şi pentru secţia de recuperare medicală neuropsihomotorie copii din cadrul Sanatoriului Balnear şi de Recuperare Techirghiol, durata de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secţiile recuperare neuromotorie "Gura Ocniţei" din structura Spitalului Judeţean de Urgenţă Târgovişte, judeţul Dâmboviţa, şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", judeţul Arad, durata de spitalizare este de 17 zile; pentru secţia recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Universitar de Urgenţă Elias durata de spitalizare este de 15 zile.

2. Pentru secţiile recuperare cardiovasculară adulţi din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", judeţul Covasna, durata de spitalizare este de 16 zile. Pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul secţiei de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata de spitalizare este de 21 de zile.

3. Pentru secţiile de geriatrie şi gerontologie din structura Institutului Naţional de Gerontologie şi Geriatrie "Ana Aslan" durata de spitalizare este de 14 zile.

ANEXA 26
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul .....CUI....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., e-mail ....., reprezentată prin Director general .....,

şi

Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în .....CUI....., str. ..... nr. ...., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....

Unitatea sanitară cu paturi este .....*)

---

*) Se va completa cu "publică"/"publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/"privată".

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2

(1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

Beneficiază de internare fără bilet de internare pacienții aflați în situaţiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 .

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;

b) investigaţii;

c) stabilirea diagnosticului;
d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;
e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale;
f) cazare şi masă, după caz, în funcţie de tipul de spitalizare.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor**,** cu ocazia regularizărilor trimestriale**,** motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023;

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

l) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

m) să verifice prin acţiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum şi respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgenţă, în funcţie de tipul de internare, aşa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidenţierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgenţe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023;

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiaşi articol;

r) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

s) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

ş) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial pe fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, fiecărui furnizor de servicii medicale spitaliceşti cu care se află în relaţii contractuale.

ART. 6

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate şi validate, în limita valorii de contract stabilite, precum şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

d) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

g) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

h) furnizorii privaţi pot să încaseze contribuţie personală pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, plătită în mod direct de către asigurat sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, cu consimţământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

ART. 7

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să informeze persoanele asigurate si neasigurate cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afişare într-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

3. contribuţia personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG; informaţiile privind tarifele practicate de furnizorii privaţi, suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi diferenţa dintre acestea sunt afişate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet şi la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de

sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul prezentului contract;

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

j) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale

internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

l) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;

m) să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

o) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire 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, prin poşta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, cu modificările și completările ulterioare; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

p) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

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

r) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

s) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului şi al Ministerului Sănătăţii;

ș) să monitorizeze gradul de satisfacţie al asiguraţilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraţilor conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023;

t) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;

ț) să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice, situaţia privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate;

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

v) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienţilor din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienţi pe baza unui contract încheiat cu unităţi specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achiziţiile publice;

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi care reprezintă urgenţe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenţă prespitalicească;

x) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

y) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

z) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialităţi clinice, către unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

2. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă, conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

3. formularului de consimţământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuţia personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la

cerere şi tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, precum şi toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia;

aa) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi;

ab) să elibereze, pentru asiguraţii internaţi cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare şi/sau cu medicamente şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; documentul stă la baza eliberării prescripţiei medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie şi medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

ac) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuţie personală şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ae) să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei;

af) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepţia situaţiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în documentele medicale primare.

ag) să respecte prevederile art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situaţiile identificate în strânsă legătură cu evoluţia clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimţământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a1) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023: ..... lei

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii după caz - din alte spitale, care se stabileşte astfel:

Secţia/ Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior	Tarif pe zi de spitalizare/ secţie/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
TOTAL				…

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

Tarifele pe zi de spitalizare sunt cele prevăzute în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Pentru secţiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflaţi sub incidenţa art. 109, art. 110, art. 124 şi art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum şi pentru secţiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternităţile de gradul II şi III, psihiatrie cronici şi pneumoftiziologie adulţi şi copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul anterior.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de ..... şi se stabileşte astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul în curs x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional pentru secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului

aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz - din spitalele de boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023: ..... lei.

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri*)	Număr servicii medicale/cazuri rezolvate negociat	Tarif pe caz rezolvat/serviciu medical **)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale/cazurilor contractate
c1	c2	c3	c4 = c2 x c3
TOTAL	x	x	…..

*) Tipurile de servicii medicale/cazuri rezolvate sunt prevăzute în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023.

**) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, pentru cazurile neinternate, precum şi numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncţionale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul în curs este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul în curs se defalchează lunar şi trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuţi, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

Suma totală aferentă anului în curs:	……*) **) suma prevăzută la alin. (3)*				
	Total	**Acuţi** **) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)*	**Cronici** **) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)*	**Îngrijiri Paliative** **) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)*	**Spitalizare de zi** **) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)*
0	***1=2+3+4+5***	***2***	***3***	***4***	***5***
Trimestrul I					
Ianuarie					
Februarie					
Martie					
Trimestrul II					

Aprilie					
Mai					
Iunie					
Trimestrul III					
Iulie					
August					
Septembrie					
Trimestrul IV					
Octombrie					
Noiembrie					
Decembrie					

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 8

(1) Prin excepţie de la prevederile art. 5 lit. b) şi j) şi art. 7 alin. (6), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, la nivelul realizat.

(2) În situaţia în care serviciile medicale acordate acestor persoane depăşesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia, în termen de 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Actele adiţionale de suplimentare a valorii de contract pentru situaţiile prevăzute la alin. (2), pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 9

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 7 lit. d), f) - i), j) - l), m), n) - r), ş), t), z), aa), ab) şi ah), precum şi a obligaţiei prevăzută la art. 100 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor.

(2) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. s) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective suplimentar faţă de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate şi raportate se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, raportarea unui medicament din donaţii, sponsorizări sau alte surse de finanţare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată. În situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 7 lit. x), ad) şi af) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile

acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. y), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art.7 lit. y) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 7 lit. a), e), ț), u), v), şi w), atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua şi la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată

directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

ART. 10

Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ..... deschis la Banca .....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 14

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 16

În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare se

preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti 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 situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie;

(2) în situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplinesc condiţiile de contractare.

În situaţia în care toate secţiile spitalului nu îndeplinesc condiţiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii, iar valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor

respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 19

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii sanitare cu paturi declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 22

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Director general,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei Relaţii Contractuale
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Manager,
.....

Director medical,
.....

Director financiar-contabil,
.....

Director de îngrijiri,
.....

Director de cercetare-dezvoltare,
.....

Nota. Pentru serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 27

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ŞI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional

de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţi cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţi oxigenodependenţi, malformaţii arterio venoase - rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ.

2.4. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.5. Transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 6 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu.

2.4. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţi cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţi oxigenodependenţi, malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arterio venoase - rupte neoperate, malformaţii arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, pacienţii cu tulburări cognitive severe (demenţe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), status post transplant şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ.

2.5. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6. Transportul asiguraţilor nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficienţă motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unităţile sanitare de recuperare.

2.7. Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialităţile clinice şi de la cabinet la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, pentru pacienţii cu tulburări cognitive severe (demenţe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), pentru pacienţii cu hemipareză sau parapareză, moderat severe, pentru consultaţie în vederea evaluării, monitorizării şi prescrierii tratamentului în cazul afecţiunilor cronice pentru care medicaţia poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

2.8. Transportul dus-întors, la laboratorul de investigaţii paraclinice şi de la laborator la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, pentru efectuare de investigaţii medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2.9. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor oncologici netransportabili cu mijloace de transport conventionale care necesită radioterapie sau chimioterapie în vederea efectuarii tratamentului de specialitate, inclusiv în alte judete.

2.10. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor netransportabili cu mijloace de transport conventionale care necesită monitorizare şi administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială, în vederea efectuarii tratamentului de specialitate, precum și pentru administrarea nutriției parenterale, inclusiv in alte judete.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE / SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI AI CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pacienţii din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană / Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B pct. 1 şi pct. 2, subpunctele 2.1 şi 2.2 din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană / Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. B punctul 1 şi punctul 2 subpunctele 2.1 şi 2.2 sau lit. B din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 28
MODALITATEA DE PLATĂ
a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat

ART. 1 Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse în anexa nr. 27 la ordin, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 2 Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. Pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km, respectiv tariful/milă marină.

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurşi se iau în calcul şi kilometrii estimaţi a fi parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful pe milă marină. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul şi milele marine estimate a fi parcurse aferente consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unităţile specializate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere şi propunerile furnizorilor în raport de condiţiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

ART. 5 (1) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse, şi tariful pe kilometru parcurs, respectiv pe milă parcursă, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective.

(2) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse şi tariful acestora precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele

încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat. În situaţia în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

Suma neconsumată la sfârşitul trimestrului la nivelul unui furnizor se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare şi se utilizează pentru decontarea serviciilor acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 şi la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 şi la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor şi a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenţie destinate consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat sunt:

a) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

c) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

d) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART.8

(1) Tariful decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 204 lei pentru unităţi specializate private.

(2) Tariful decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 2 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanţe tip A1 şi pentru ambulanţe tip A2 tariful pe km este de 3,05 lei, iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,55 lei.

(3) Tariful decontat unităţilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 128 lei.

(4) Tarifele de la alin. (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii întâlniri cu reprezentanţii unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu reprezentanţii unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 29
- model -

CONTRACT
de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate……....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., CUI....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., adresă e-mail: ..... reprezentată prin directorul general .....,

Şi

Unitatea specializată privată ..... reprezentată prin: ....., cu sediul în ....., CUI....., str. ..... nr. ..., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail: ..... fax .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat furnizate

ART. 2 Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază şi în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităţilor specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de lista certificată de serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară şi de documentele justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../ 2023, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../ 2023.

c) să informeze furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să verifice sistemul de urmărire a mijloacelor de transpost prin sistemul GPS şi de stocare a informaţiilor;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării;

k) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu care se află în relaţii contractuale.

ART. 6 (1) Furnizorul de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat are următoarele obligaţii:

a) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

d) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

f) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

g) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

i) să asigure consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenţie şi transport şi echipamentul corespunzător situaţiei respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

j) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz;

k) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

l) să nu încaseze sume pentru serviciile furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

m) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor, pentru serviciile efectuate în luna pentru care se face raportarea, în condiţiile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene

în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

o) să pună la dispoziţia casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, la solicitarea acesteia, informaţiile stocate prin sistemul GPS, potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023;

(2) Serviciile de ambulanţă private au obligaţia să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanţă, consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanţă şi serviciile de ambulanţă private, conform prevederilor legale în vigoare.

VI. Drepturile unităţilor specializate private, care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

ART. 7 (1) Furnizorii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

b) să fie informate de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport (în tariful/km parcurs, respectiv tariful/milă marină parcursă).

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurşi se iau în calcul şi kilometrii estimaţi a fi parcurşi aferenţi consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful pe milă marină parcursă. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul şi milele marine estimate a fi parcurse aferente consultaţiilor de urgenţă la domiciliu.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat efectuate de unităţile specializate private:

a) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse, şi tariful pe kilometru parcurs, respectiv tariful pe milă marină parcursă, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective;

b) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurşi, respectiv mile marine parcurse şi tariful acestora precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurşi, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum şi a numărului consultaţiilor de urgenţă la domiciliu, realizate de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la sfârşitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate private autorizate şi acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, după caz, solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 şi la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 şi la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../ 2023, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 9 (1) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul ……. este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 10 (1) Lunar, la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate

până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi, cu excepţia trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii, de la ……. până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor şi a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Plata consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de .....

ART. 11 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate private prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. a), c) - l), n) şi o) şi alin. (2) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (2) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1), (2) şi (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată

directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1), (2) şi (4) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

VIII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 12 Consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Reprezentantul legal al furnizorului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

X. Clauze speciale

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 16 Efectuarea de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI. Suspendarea, rezilierea şi încetarea contractului

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 107 alin. (1) lit. b) - e) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie

contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultaţiile de urgentă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi 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 situaţii:

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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 10 alin. (1);

h) dacă furnizorul nu îndeplineşte condiţia prevăzută la art. 106 lit. d) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casa de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casa de asigurări de sănătate nu va mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casa 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casa de asigurări de sănătate nu va accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condiţiile alin. (2) şi (3), casa de asigurări de sănătate nu va mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu va mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 19 Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului, după caz;

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

e) denunţarea 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 condiţiile art. 17 alin. (1) lit.a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

ART. 20 Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) şi la art. 19 lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 19 lit. a) - subpct. a1) şi lit. c) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul unităţii specializate private declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

ART. 23 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR

Director general,
.....

Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 30 A

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Nr. crt.	**Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu**
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun; recomandarea serviciului se face de către medici pentru toţi parametrii prevăzuţi, respectiv: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1. intramuscular - în afara injecţiilor cu produse de origine umană
	2.2. subcutanat - în afara injecţiilor cu produse de origine umană
	2.3. intradermic - în afara injecţiilor cu produse de origine umană
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase
3.	Administrarea medicamentelor intravenos - în afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană, cu respectarea legislaţiei în vigoare

4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală, la bărbaţi se efectuează de către medicul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu - implică obligatoriu toaleta locală genitală şi schimbarea sondei fixe la 6 zile
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislaţiei în vigoare, în afara perfuziilor cu produse de origine umană.
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondăgastrică/nazogastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie, inclusiv instruirea asiguratului/aparţinătorului
8.	Clismă cu scop evacuator /terapeutic
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: posturi de drenaj bronşic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Îngrijirea plăgilor simple şi/sau suprainfectate/suprimarea firelor
13.	Îngrijirea escarelor multiple
14.	Îngrijirea stomelor
15.	Îngrijirea fistulelor
16.	Îngrijirea tubului de dren şi instruirea asiguratului
17.	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbţia urinei; este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi.
19.	Alimentaţie parenterală - alimentaţie artificială pe cateter venos central sau periferic se acordă de către spitalele cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu autorizate să efectueze acest tip de serviciu. Serviciul nu include alimentele specifice.
20.	Kinetoterapie individuală se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
21.	Logopedie individuală - se efectuează doar de logopedul, care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
22.	Masajul limfedemului - se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu şi atestă pregătirea profesională în drenaj limfatic manual
23.	Evaluarea manuală a fecaloamelor

24	Recoltarea produselor biologice, cu respectarea Normelor tehnice privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale şi a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale aprobate prin Ordinul MS nr. 1226/2012 (sânge, urină, materii fecale);

NOTA: Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu se acordă în condiţiile stabilite prin anexa nr. 31A la prezentul ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATUL UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare**,** beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 30 B

A. PACHET DE SERVICII DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt	**Serviciul de îngrijire paliativă la domiciliu**
1	Consultaţie, care poate cuprinde: Evaluare holistică şi examen clinic pe aparate, Stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, Susţinerea pacientului şi familiei pentru luarea deciziilor terapeutice şi de îngrijire, Prescrierea medicaţiei, Consilierea psiho - emoţională de bază a pacientului şi familiei, - se efectuează numai de către medic
2.	Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
3.	Elaborarea planului interdisciplinar de tratament şi îngrijire - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
4.	Aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat, ESAS modificat, MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietăţii, depresiei, delirului etc.) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare

5.	Evaluarea statusului funcţional şi a capacităţii de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel) - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
6.	Activităţi de suport: Recomandarea de investigaţii clinice si paraclinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului, eliberarea de prescripţii pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală utilizate pentru controlul simptomelor si de prescripţii pentru substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope utilizate în terapia durerii - se efectuează numai de către medic
7.	Aplicarea şi monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greaţă, vărsături, constipaţie, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) şi/sau a durerii somatice/viscerale/ neuropatice - se efectuează de către medic sau asistentul medical
8.	Efectuarea de manevre diagnostice şi terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor, limfedem) - se efectuează de către medic sau asistent medical, cu excepţia serviciului de paracenteză şi debridarea escarelor care se efectuează numai de către medic
9.	Recoltarea de produse biologice şi patologice - se efectuează de către medic sau asistentul medical
10.	Monitorizarea pacientului pentru eficienţa intervenţiilor, Educarea pacientului şi familiei pentru aplicarea planului de îngrijire - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare
11.	Educarea şi informarea pacientului pentru auto-îngrijire - se efectuează de către toţi membrii echipei interdisciplinare
12.	Îngrijire terminală - se efectuează de către medic, asistentul medical sau psiholog
13.	Monitorizarea pacientului (funcţii vitale, vegetative), Îngrijirea escarelor/stomelor/tumorilor exulcerate/pansamente - se efectuează de către medic sau asistentul medical
14.	Montare dispozitiv subcutanat de administrare a medicaţiei - se efectuează de către medic sau asistentul medical
15.	Mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor şi menţinerea autonomiei funcţionale pacientului - se efectuează de medic, asistentul medical sau fizioterapeut
16.	Aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor - se efectuează de oricare membru al echipei interdisciplinare
17.	Evaluare psihologică specializată - se efectuează de către psiholog
18.	Consiliere psihologică specializată a pacientului şi familiei - se efectuează de către psiholog
19.	Psihoterapie individuală - se efectuează de către psiholog
20.	Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcţională periodică a pacientului - se efectuează de către fizioterapeut
21.	Kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL) - se efectuează de către fizioterapeut

22.	Kinetoterapie respiratorie (managementul secreţiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare) - se efectuează de către fizioterapeut
23.	Kinetoterapie profilactică - se efectuează de către fizioterapeut
24.	Aplicare benzi kinesiologice - se efectuează de către fizioterapeut
25.	Kinetoterapie în boli oncologice şi boli asociate (exerciţii, tehnici, manevre specifice, posturări) - se efectuează de către fizioterapeut

NOTA: Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu se acordă în condiţiile stabilite prin anexa nr. 31B la prezentul ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATUL UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/ Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare**,** beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la lit. A din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 31 A
CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora

ART. 1

(1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, numai pentru statusul de performanţă ECOG 3 sau 4 al asiguratului.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu respectă modelul prezentat în anexa nr. 31 C la ordin.

(3) Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă sau urmărite în regim ambulatoriu, nu poate efectua servicii de îngrijiri

medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici a recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medici de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Medicii de specialitate din spital recomandă îngrijiri medicale la domiciliu la externarea asiguratului, ca urmare a acordării unui serviciu de spitalizare raportat la casa de asigurări de sănătate.

În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu pentru recomandările eliberate de medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

ART. 2

(1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 114 lei (pentru mediul urban), respectiv 124 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 134 de lei (pentru mediul rural - peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 144 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 153 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 163 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, precum şi costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puţin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire.

Numărul şi tipul serviciilor efectuate trebuie să fie acelaşi cu numărul şi tipul serviciilor recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni (în mai multe etape episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situaţiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu este mai mare de 7 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeaşi zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni;

(6) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă/calificată a acestuia.

(7) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire medicala la domiciliu care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura persoanei care a furnizat serviciul de îngrijire, precum şi evoluţia stării de sănătate. Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoana împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului confirmă efectuarea acestor servicii prin semnarea.

ART. 3

(1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat la furnizor. Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puţin de jumătate de normă. Pentru personalul care depăşeşte o normă întreagă se acordă punctaj şi pentru fracţiunea de normă lucrată ce depăşeşte norma întreagă.

Pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea cu contract individual de muncă de cel puțin 6 luni la furnizor, se acordă un punctaj suplimentar de 2 puncte/persoană.

1. medic de specialitate clinică 20 puncte;
2. medic de medicină generală 18 puncte;

3. asistenţi medicali 13 puncte;
4. fizioterapeut 13 puncte;
5. logoped 13 puncte;

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un logoped - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

(2) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor conform structurii de personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei cu destinaţia îngrijiri medicale la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toţi furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obţinută conform literei b se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(4) Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Pentru activitatea desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă şi duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (3), se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care au obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

ART. 4

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate şi validate şi tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea

încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv. La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate şi raportate în vederea decontării de personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi acordă serviciile de îngrijiri la domiciliu.

(2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, şi se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

(3) În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinaţia îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.

ART. 5

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenţei de îngrijiri la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere prevederile art. 3 din prezenta anexă.

ART. 6

(1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observaţie/fişa medicală, după caz.

Al doilea exemplar al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu sau transmis prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, care va certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Certificarea se face la momentul prezentării/primirii prin poștă sau curierat a recomandării în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile. În cazul în care recomandarea este transmisă prin mijloace de comunicare electronică, precum și în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul nu este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, certificarea se transmite prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată asiguratului/reprezentantului acestuia, în maxim 3 zile lucrătoare de la primirea recomandării. În cazul transmiterii prin poștă sau curierat, recomandarea certificată se va transmite asiguratului/reprezentantului acestuia prin poștă sau curierat în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea recomandării. Încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, se face în limita prevăzută la art. 2 alin. (3), recomandarea cu certificarea încadrării în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul fiind ulterior predată furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

Prezentarea recomandării/transmiterea acesteia prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile, se poate face de către acesta, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau pot fi depuse/transmise în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii. Casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

Recomandarea în original însoțită după caz, de certificarea transmisă asiguratului/reprezentantului legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, de către casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, prin mijloace de

comunicare electronică privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se ataşează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă/se transmite prin mijloace de comunicare electronică casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situaţii casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanţe între datele înscrise pe recomandare şi cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării/transmiterii recomandării prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat, va înmâna/ transmite prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat şi lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală cu datele de contact ale acestora.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidenţa proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri, respectiv o copie a certificării privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul transmise prin mijloace de comunicare electronică asiguratului şi va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire şi la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

(2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal, în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 7

(1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu recomandate şi efectuate. La solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziţie fişele de îngrijiri medicale la domiciliu, precum şi documentul semnat electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată de către medicul care a făcut recomandarea prin care acesta şi-a dat avizul pentru modificarea sau întreruperea schemei de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentului ordin.

(3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă

(4) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa recomandărilor aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizaţiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 9 Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, care prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.

ANEXA 31 B

CONDIŢIILE

acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora

ART. 1

(1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, eliberată de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu respectă modelul prezentat în anexa nr. 31 D la prezentul ordin.

(3) Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti structură de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă sau urmărite în regim ambulatoriu, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu şi care nu cuprind diagnosticul stabilit.

(5) Medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic, şi medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Medicii de specialitate din spital recomandă îngrijiri paliative la domiciliu la externarea asiguratului, ca urmare a acordării unui serviciu de spitalizare raportat la casa de asigurări de sănătate.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor paliative la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, în registrul de consultaţii în ambulatoriu, pentru recomandările eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic sau în registrul de consultaţii a cabinetului, pentru recomandările eliberate de medicii de familie.

ART. 2

(1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijiri paliative la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 204 lei (pentru mediul urban), respectiv 214 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 224 de lei (pentru mediul rural – peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 233 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 243 de lei (pentru mediul rural – peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate,–respectiv 253 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire, precum şi costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu. Prin o zi de îngrijiri paliative la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat. Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri.

Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În cazul în care, conform nevoilor identificate de echipa multidisciplinară şi consemnate în planul de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabileşte pe baza protocolului de monitorizare în funcţie de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 E la ordin.

Medicul cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu poate stabili planul de îngrijire în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Planul de îngrijire paliativă se întocmeşte la prima vizită şi în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică

în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

(4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor paliative la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri paliative la domiciliu este mai mare de 32 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeași zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

ART. 3

(1) În vederea stabilirii valorii de contract se are în vedere punctajul corespunzător numărului de echipe multidisciplinare.

(2) Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenţi medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinică/consilierepsihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum şi un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu îşi poate desfăşura activitate şi alt personal, în funcţie de nevoile pacienţilor aflaţi în îngrijire.

(3) Fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu obţine un punctaj corespunzător numărului de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

(4) Pentru fiecare echipă multidisciplinară cu componenţă minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primeşte 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care îşi desfăşoară activitatea la furnizor în afara componenţei minime a echipelor multidisciplinare. O normă întreagă poate fi acoperită şi de mai multe persoane cu aceeaşi calificare profesională.

(5) Programul de activitate al furnizorului, solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi (7ore) programul să fie acoperit de medic/medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Pentru activitatea desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă şi duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu obligaţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici şi de celălalt personal din cadrul echipei multidisciplinare care acordă în zilele respective servicii de îngrijiri paliative conform planurilor de îngrijire, şi care îşi desfăşoară activitate într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

(6) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor conform numărului de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă formate din personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei cu destinaţia îngrijiri paliative la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toţi furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obţinută conform literei b se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

d. suma maxim posibil de contractat de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate nu poate depăşi valoarea rezultată din înmulţirea tarifului pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu cu numărul maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de furnizorul respectiv conform structurii de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă şi programului de lucru al personalului din componenţa echipei.

(7) Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipă multidisciplinară cu componentă minimă de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

(8) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (6), se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii - cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care au obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte,suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

ART. 4

(1) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate şi validate şi tariful pe zi de îngrijire paliativă, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce pot fi efectuate şi raportate în vederea decontării, de personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 90 de minute
- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijire paliativă se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, şi se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijire paliativă acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată

iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

(3) În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

(4) În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinaţia îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 60 de zile calendaristice al recomandării.

ART. 5

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenţei de îngrijire la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere prevederile art. 3 din prezenta anexă.

ART. 6

(1) Recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observaţie/fişa medicală, după caz.

Al doilea exemplar al recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu sau transmis prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, care va certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Certificarea se face la momentul prezentării/primirii prin poștă sau curierat a recomandării în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul este aceeași cu casa de asigurări de sănătate

în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile. În cazul în care recomandarea este transmisă prin mijloace de comunicare electronică, precum şi în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul nu este aceeaşi cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, certificarea se transmite prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată asiguratului/reprezentantului acestuia, în maxim 3 zile lucrătoare de la primirea recomandării. În cazul transmiterii prin poştă sau curierat, recomandarea certificată se va transmite asiguratului/reprezentantului acestuia prin poştă sau curierat în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea recomandării. Încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, se face în limita prevăzută la art. 2 alin. (3), recomandarea cu certificarea încadrării în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul fiind ulterior predată furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

Prezentarea recomandării/transmiterea acesteia prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile, se poate face de către acesta, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau pot fi depuse/transmise în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/transmite prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii. Casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

Recomandarea în original însoțită după caz, de certificarea transmisă asiguratului/reprezentantului legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, de către casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, prin mijloace de comunicare electronică privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se ataşează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă/se transmite prin mijloace de comunicare electronică casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situaţii casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanţe între datele înscrise pe recomandare şi cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica

pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării/transmiterii recomandării prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat, va înmâna/ transmite prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat şi lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală cu datele de contact ale acestora.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidenţa proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri, respectiv o copie a certificării privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul transmise prin mijloace de comunicare electronică asiguratului şi va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire şi la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

(2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal, în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, cu excepţia reprezentanţilor legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 7

(1) În baza planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentului ordin.

(3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă.

(4) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor de îngrijire efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa recomandărilor aferente serviciilor de îngrijire raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea Comisiei de Paliaţie a Ministerului Sănătăţii sau a organizaţiilor profesionale întâlniri cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 9

Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.

ANEXA 31 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu
Nr. ...../.....*)

I. Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ..... C.U.I. .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Telefon asigurat .....
3. Domiciliul .....
4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu .....
5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....
6. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate, cod diagnostic…….
.....

(Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. statusul de performanţă ECOG

□ ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) .....

□ ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare)……

8. Servicii de îngrijiri recomandate (periodicitatea/ritmicitatea serviciilor recomandate se stabileşte pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanţă cu diagnosticul, cu patologia pacientului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia) :

Nr. crt.	Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu	Periodicitate/Ritmicitate
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun; - recomandarea serviciului se face de către medici pentru toţi parametrii prevăzuţi, respectiv: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun	
2.	Administrarea medicamentelor:	
	2.1. intramuscular - în afara injecţiilor cu produse de origine umană	
	2.2. subcutanat - în afara injecţiilor cu produse de origine umană	

	2.3. intradermic - în afara injecţiilor cu produse de origine umană	
	2.4. oral	
	2.5. pe mucoase	
3.	Administrarea medicamentelor intravenos - în afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană, cu respectarea legislaţiei în vigoare	
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală, la bărbaţi se efectuează de către medicul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu - implică obligatoriu toaleta locală genitală şi schimbarea sondei fixe la 6 zile	
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislaţiei în vigoare, în afara perfuziilor cu produse de origine umană.	
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică/nazogastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor	
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie, inclusiv instruirea asiguratului/aparţinătorului	
8.	Clismă cu scop evacuator /terapeutic	
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor	
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor	
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: posturi de drenaj bronşic, tapotaj, fizioterapie respiratorie	
12.	Îngrijirea plăgilor simple şi/sau suprainfectate/suprimarea firelor	
13.	Îngrijirea escarelor multiple	
14.	Îngrijirea stomelor	
15.	Îngrijirea fistulelor	
16.	Îngrijirea tubului de dren şi instruirea asiguratului	
17.	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului	
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbţia urinei; este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi.	
19.	Alimentaţie parenterală - alimentaţie artificială pe cateter venos central sau periferic; se acordă de către spitalele cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu autorizate să efectueze acest tip de serviciu. Serviciul nu include alimentele specifice.	

20.	Kinetoterapie individuală - se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu	
21.	Logopedie individuală - se efectuează doar de logopedul, care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu	
22.	Masajul limfedemului - se efectuează doar de fizioterapeutul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu şi atestă pregătirea profesională în drenaj limfatic manual	
23.	Evaluarea manuală a fecaloamelor	
24.	Recoltarea produselor biologice, cu respectarea Normelor tehnice privind gestionarea deşeurilor rezultate din activităţi medicale şi a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza naţională de date privind deşeurile rezultate din activităţi medicale aprobate prin Ordinul MS nr. 1226/2012 (sânge, urină, materii fecale)*;*	

9. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**)
.....

10. Justificarea recomandării privind necesitatea şi oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu:
.....
.....
.....
.....

11. Justificare pentru recomandarea unui episod mai mare de 15 zile, dar nu mai mult de 30 de zile
.....
.....
.....

12. Codul de parafă al medicului

13. Date de contact medic (număr telefon, adresa email): .....
.....

Data .....
Semnătura şi parafa medicului
care a avut în îngrijire
asiguratul internat
.....

Data .....
Semnătura şi parafa medicului
din ambulatoriul de specialitate
medicului de familie
.....

Data…….
Numele şi prenumele în
clar şi semnătura asiguratului,

aparţinătorului sau
împuternicitului
.....

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.

2. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta/transmite recomandarea prin mijloace de comunicare electronică, poştă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, respectiv C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru asiguraţii aflaţi în evidența acesteia în cazul în care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are încheiate contracte de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ teritorială în care asiguratul solicită să primească servicii - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire, şi la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, şi nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

II. Casa de Asigurări de Sănătate..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri medicale la domiciliu. Pentru asiguraţii aflaţi în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. care solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflaţi în relaţie contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi comunică certificarea casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii.

Data VIZAT,
....

III. Casa de Asigurări de Sănătate..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primescă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înmânează/transmite lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ şi punct de lucru, telefon/fax, pagină web).

Data VIZAT,
....

NOTA: pct. I se completează de medicul care face recomandarea, pct. II şi III se completează de casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primescă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

ANEXA 31 D
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. ..../.....*)

I. Furnizorul de servicii medicale din asistenţa medicală primară/ambulatoriul de specialitate/unitatea sanitară cu paturi (spitalul) ..... C.U.I. .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Număr telefon asigurat .....
3. Domiciliul .....
4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu .....
5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare .....
6. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate, cod diagnostic……:
.....
(Se va nota şi cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificaţia internaţională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)
7. Durata (numărul de zile de îngrijire) pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)
.....
8. Justificarea recomandării privind necesitatea şi oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu .....
.....
.....
.....
.....
9. Codul de parafă al medicului
.....
Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat
.....

Data .....
Semnătura şi parafa medicului de specialitate
.....

Data, numele şi prenumele în clar şi semnătura asiguratului, aparţinătorului sau împuternicitului
.....

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie.

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni, respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani, în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile, respectiv celor 180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile. Pacienții cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.

2. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta/transmite recomandarea prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, respectiv C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru asigurații aflați în evidența acesteia în cazul în care C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. are încheiate contracte de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ teritorială în care asiguratul solicită să primească servicii - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire, şi la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

3. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu şi care nu cuprind diagnosticul stabilit.

II. Casa de Asigurări de Sănătate ..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru asigurații aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. care solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. certifică potrivit recomandării un număr de ..... zile de îngrijiri paliative la domiciliu şi comunică certificarea casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească aceste servicii.

Data VIZAT,

....

III. Casa de Asigurări de Sănătate..... în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primescă servicii de îngrijiri paliative la domiciliu/C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. înmânează/transmite lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală şi datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ şi punct de lucru, telefon/fax, pagină web)

Data VIZAT,

....

NOTA: pct. I se completează de medicul care face recomandarea, pct. II şi pct. III se completează de casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească servicii de îngrijiri paliative la domiciliu/ C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

ANEXA 31 E
- model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu ..... C.U.I. .....
Nr. Contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Numele şi prenumele asiguratului .....
CNP/cod unic de asigurare al asiguratului .....
Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor;
B - Nume prenume evaluator;
C - Semnătură evaluator.

EVALUARE INIŢIALĂ			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume şi prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
RE-EVALUARE			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume şi prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijiri paliative conform anexei nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ANEXA 32 A
CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., CUI…… str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail ..... reprezentată prin Director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, reprezentat prin: .....

Persoana fizică/juridică ....., CUI…… având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 2

Furnizorul prestează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către următorul personal medico-sanitar:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: ..... Grad profesional .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

b) Asistent medical .....

Nume: ..... Prenume: .....

Cu studii superioare: DA ...../NU

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate .....

c) Fizioterapeut .....

.....

Nume: ..... Prenume: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate .....

d) Psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped

.....

Nume: ..... Prenume: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate .....

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate sunt cele recomandate de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru o durată recomandată de medicul care a făcut recomandarea şi certificată de casa de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi valorile de contract, să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat serviciile de îngrijire la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile

să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţii contractuale.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu

ART. 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele obligaţii:

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

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază asiguraţilor, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în recomandare, şi pentru serviciile/documentele efectuate/ eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

j) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecinţă a actului medical propriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa nr. 31 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situaţiile de incompatibilitate prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

k) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

l) să comunice direct, în scris, sau prin poşta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

n) să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită în anexa 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

o) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite în anexa 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

p) să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să recomande aceste medicamente cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor şi să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

r) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază

acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

s) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale efectuate din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. r), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ş) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

t) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ţ) să aducă la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat şi/sau bugetul local, conform prevederilor legale în vigoare.

u) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

VI. Drepturile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 8

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope,

cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia , în condiţiile stabilite în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

f) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9

(1) Suma contractată este în valoare de ..... lei.

Suma aferentă serviciilor medicale de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, stabilită pentru anul în curs, se defalchează lunar şi trimestrial, după cum urmează:

Suma aferentă trimestrului I ..... lei, din care

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei

Suma aferentă trimestrului II ..... lei, din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei, din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu poate depăşi suma maxim posibil de contractat pentru furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate, stabilită potrivit prevederilor anexei nr. 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 10

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire medicală la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 114 lei (pentru mediul urban), respectiv de 124 lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 134 de lei (pentru mediul rural - peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 144 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate,respectiv 153 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în

contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 163 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum şi costurile de transport la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../..../2023, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

[Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire.

(3) Numărul maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate şi raportate de personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, se stabileşte având în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră
- numărul de ore în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu.

(4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu este mai mare de 7 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeaşi zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

(5) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate şi validate şi tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care

suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

În trimestrul IV al anului calendaristic, în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

ART. 11

(1) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea îngrijirilor medicale la domiciliu acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate.

Trimestrial, se fac regularizări, cu excepţia trimestrului IV, pentru care regularizarea se face lunar, conform prevederilor anexei 31 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(2) Toate documentele necesare decontării lunare şi regularizării trimestriale se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul .....

VIII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 12

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

X. Clauză specială

ART. 15

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenţă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 16

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), p), t), ţ), și u) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) În cazul în care în derularea contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. e), i), k) şi q) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(6) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia

în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită, efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) şi (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) şi (6) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art.119 alin. (1) lit. b), c), e), f) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu 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 situaţii:

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

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

d) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 16 alin. (1) - (4) şi (6) pentru fiecare situaţie;

g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. j) şi o).

ART. 19

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea 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 condiţiile art. 19 lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de acelaşi tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 20

Situaţiile prevăzute la art. 17 şi la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 21

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 23

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 25

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU
Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 32 B
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate .....,CUI… cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail ..... reprezentată prin Director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu:
reprezentat prin: .....

Persoana fizică/juridică .....,CUI…… având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

III. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2

Furnizorul prestează serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către următorul personal medico-sanitar:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Specialitatea: ..... Competenţă/Atestat/Supraspecializare .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate .....

b) Asistent medical .....

Nume: ..... Prenume: .....

Studii aprofundate în îngrijiri paliative .....

Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate .....
c) Psiholog
Specializare .....
Nume: ..... Prenume: .....
Studii aprofundate în îngrijiri paliative .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate .....
d) Fizioterapeut
Nume: ..... Prenume: .....
Studii aprofundate în îngrijiri paliative .....
Cod numeric personal: .....
Program zilnic de activitate .....

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate în baza recomandării eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii cu atestat/competenţă/supraspecializare în îngrijiri paliative din ambulatoriu şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru o durată recomandată de medicul care a făcut recomandarea şi avizată de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi valorile de contract, să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor anexei 31 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../..../2023;

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul, furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu la termenele prevăzute de potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relații contractuale.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligaţii:

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

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate, însoțită de copiile planurilor de îngrjiri paliative la domiciliu; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu şi să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de bază asiguraţilor, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu

în ziua în care modificarea produce efecte care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, potrivit planului de îngrijiri paliative, şi pentru serviciile/documenteleefectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

j) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecinţă a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu clinic, medicii din spital la externare, precum şi medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este cel stabilit în anexa 31 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

k) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile pacientului identificate, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; serviciile furnizate vor fi consemnate în fişa de observaţie pentru îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii;

l) să comunice direct, în scris, sau prin poşta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

n) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situaţia în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu;

o) să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări

de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare*;* să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să recomande aceste medicamente cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor şi să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

p) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

q) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. q), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

ş) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

t) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente

prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

ţ) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

u) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

v) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

VI. Drepturile furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

ART.8

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; trimestrial se fac regularizări în condiţiile prevăzute în norme;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, precum şi medicamente cu şi fără contribuţie personală, pentru controlul simptomelor, conform prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme;

f) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 9

(1) Suma contractată este în valoare de ..... lei, din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei

- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei

- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 10

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri paliative acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 204 lei (pentru mediul urban), respectiv 214 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 224 de lei (pentru mediul rural – peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 233 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 243 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 253 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum şi costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative. Prin o zi de îngrijire paliativă se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..../.....2023, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:
[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în limita valorii lunare de contract, în funcţie de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi de tariful pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări

de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră că epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

ART. 11

(1) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea îngrijirilor paliative la domiciliu acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate.

Trimestrial se fac regularizări, cu excepţia trimestrului IV, pentru care regularizarea se face lunar, conform prevederilor anexei 31 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(2) Toate documentele necesare decontării lunare şi regularizării trimestriale se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul .....

VIII. Calitatea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 12

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

X. Clauză specială

ART. 15

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenţă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

XI. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 16

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), f), g), h), l), m),n),o) ş), t), ţ), şi v) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) În cazul în care în derularea contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. e), i) şi p) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. u), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. u) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(7**)** În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită, efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) **şi (**7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin.(1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe furnizor.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 130 alin. (1) lit. b), c), e), f) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului. nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă *de* maximum 30 de zile calendaristice, după caz pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu 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 situaţii:

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

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

d) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 16 alin. (1) - (4) pentru fiecare situaţie;

g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. j) şi k).

ART. 19

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 19 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de acelaşi tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 20

Situaţiile prevăzute la art. 18 şi la art. 19 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 21

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 23

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 25

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Director general, ...	Reprezentant legal, ...

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 33

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA DE MEDICINĂ FIZICĂ ŞI DE REABILITARE ÎN SANATORII, INCLUSIV SANATORII BALNEARE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Serviciile de recuperare medicală sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistenţă balneară	Durata maximă*)
Servicii de medicină fizică şi reabilitare	14-21 zile/an/asigurat – perioadă ce poate fi repartizată în maximum 2 fracţiuni, la recomandarea medicului prescriptor, şi care cuprind minim 4 proceduri /zi pentru minim 5 zile /săptămână

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asiguraţi. Serviciile medicale se acordă şi pentru durate mai mici de 14 zile.

1.1.1. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare au în vedere patologia specifică şi afecţiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2. Serviciile se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de medicină fizică şi de reabilitare, cu încadrarea în prevederile mai sus menţionate.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală acordate în sanatorii altele decât balneare şi preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare medicală acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare medicală eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/ REGATUL UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII

1. Pentru pacienţii din statele ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii de recuperare medicală acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A. din prezenta anexă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza

biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 34
MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare, în sanatorii şi preventorii

ART. 1

(1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secţiile sanatoriale din spitale, pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

c) numărul de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi la nivel judeţean, stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; numărul de paturi contractabile se stabileşte de comisia prevăzută la art. 4 alin. (1) lit. a) punctul 3 din anexa 23 la ordin; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional luat în calcul la stabilirea capacităţii maxime este de 250 de zile pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale şi 320 de zile pentru sanatorii/secţii sanatoriale din spitale altele decât cele balneare şi preventorii;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional;

e) durata de spitalizare conform anexei nr. 25 la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situaţiile la care este prevăzută durată de spitalizare în anexa nr. 25 la ordin se va lua în calcul această durată, dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin;

f) tariful pe zi de spitalizare;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul precedent;

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare/recuperare medicală, încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, şi preventoriile, precum şi suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale pentru secţiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu prevăzut la alin. (3).

(3) Tariful pe zi de spitalizare pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale este de 149,5 lei.

Tariful pe zi de spitalizare pentru sanatorii/secţii sanatoriale din spitale altele decât cele balneare este de 140,2 lei.

Tariful pe zi de spitalizare pentru preventorii este de 78,8 lei.

NOTĂ: Pentru sanatoriile balneare/secţiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor.

(4) Contribuţia personală a asiguraţilor pentru asistenţă balneară în sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale este de 52 lei/zi.

(5) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuţie personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepţii:

- pentru beneficiarii Legii nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi sanitare de stat.

- pentru beneficiarii Legii nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum şi unele drepturi ale invalizilor şi văduvelor de război, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare.

- pentru beneficiarii Legii nr. 341/2004, Legea recunoştinţei pentru victoria Revoluţiei Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Braşov din noiembrie 1987 şi pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977, cu modificările şi completările ulterioare, partea de contribuţie personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unităţi medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătăţii, Ministerului Afacerilor Interne şi Ministerului Apărării Naţionale.

(6) Pentru serviciile medicale de recuperare medicală, acordate în sanatorii, altele decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuţie din partea asiguraţilor.

ART. 2

(1) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi a serviciilor de recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinaţia servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi recuperare medicală în unităţi sanitare cu paturi.

ART. 3

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiţionat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană conform actelor normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4

Sanatoriile şi preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condiţiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5

(1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi, suportă cheltuieli cu medicamente şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare şi a preventoriilor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii şi preventorii pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse/transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile şi preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea transmit la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

- tariful pe zi de spitalizare diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate, în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului şi până la sfârşitul trimestrului respectiv,

- tariful pe zi de spitalizare, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secţiilor sanatoriale balneare din spitale cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul de zile efectiv realizate.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului şi până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

ART. 7

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală, bilet de ieşire din spital sau prin poştă electronică - cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să elibereze prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieşire, pentru o perioadă de maximum 30 de zile. Pentru nerespectarea acestei obligaţii casele de asigurări de sănătate recuperează suma de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 9

Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi recuperare medicală (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare conform prevederilor din anexa nr. 22 A la ordin.

ART. 10

Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi recuperare medicală în unităţi sanitare cu paturi, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul respectiv. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condiţiile avute în vedere la contractare şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi.

ANEXA 35

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., C.U.I. …….., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., e-mail ....., reprezentată prin Director general .....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secţia sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., C.U.I. ……., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Serviciile medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2

Serviciile medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, în sanatorii şi preventorii, se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie 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 însoţite de documente justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor în vigoare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de platforma informatică din asigurările de sănătate;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă aceştia;

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

l) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

m) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

n) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale cu care se află în relații contractuale.

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să informeze asiguraţii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afişare într-un loc vizibil),

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activităţile realizate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului şi să asigure acordarea serviciilor medicale din pachetul de bază asiguraţilor fără nici o discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

f) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activităţii desfăşurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

h) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

i) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu

sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

j) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

k) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

l) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital este un document tipizat care se întocmeşte la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

o) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depune la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului;

p) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

q) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz,

documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ș) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. s) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ț) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

u) să respecte prevederile art. 159**,** cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

v) să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w) să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

VI. Drepturile furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii

ART. 7

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate şi validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2023;

b) să fie informate de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare

în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului;

f) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere de cazare cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe în ziua externării.

VII. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Suma pentru sanatorii balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este cel prevăzut în Anexa nr. 34 La Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ……../……./2023.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenţă balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x **52 lei**	6 = 4 - 5
Servicii de medicină fizică şi de reabilitare medicală					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, şi preventorii este de ..... lei şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu de ..... lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul …… se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(4) Pentru sanatoriile balneare/secţii sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate şi validate conform contractului de furnizare de servicii de la începutul anului, respectiv de la începutul contractului pentru contractele încheiate pe parcursul anului, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor şi a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 10

Plata serviciilor medicale de recuperare medicală şi medicină fizică şi de reabilitare, se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 6 lit. a), c) - g), h - l), n), o), r) şi v) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 6 lit. m), p), t) şi ţ), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(3) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. q), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. q) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute în contract.

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

VIII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 12

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

IX. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 14

Reprezentantul legal al unităţii sanitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

X. Clauză specială

ART. 15

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 16

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

XI. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale 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 situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente, la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice după caz, pe bază de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie.

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplinesc condiţiile de contractare.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor 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 puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 19

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poştă electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XIII. Modificarea contractului

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 22

(1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală acordată în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice, ...	
Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale, ...	
Vizat Juridic, contencios	

ANEXA 36

Modul de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi în cazuri justificate, prescripţia medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare. Prescripţia medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante şi psihotrope şi îşi păstrează regimul de prescripţie medicală cu regim special.

Pentru prescripţiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line (componenta eliberare), cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 210 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în care se utilizează prescripţia medicală electronică off-line (componenta eliberare).

(3) Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line are două componente obligatorii: o componentă care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripţia medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are şi o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracţionată atât în ceea ce priveşte numărul medicamentelor cât şi cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria şi numărul prescripţiei medicale electronice on-line şi off-line sunt unice, sunt generate automat prin Sistemul informatic pentru prescripţia electronică la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenţie pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenţii pentru prescriere de medicamente, un număr de prescripţii medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora şi organizează evidenţa prescripţiilor medicale electronice on-line şi off-line atribuite.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, medicul prescriptor utilizând semnătura electronică extinsă, listează un exemplar al prescripţiei medicale (componenta prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse şi îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie sau îl transmite acestuia prin mijloace de comunicare electronică, după caz şi poate lista un alt exemplar al prescripţiei electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie.

În cazul prescripţiilor medicale electronice on-line emise ca urmare a unei consultaţii la distanţă de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului prezintă/transmite

farmaciei documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică in vederea depunerii la farmacie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripţiei electronice on-line (componenta eliberare) - ce conţine confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care îl păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. Semnarea prescripţiei electronice (componenta eliberare) de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului se face olograf în format letric sau digital. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia şi eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei ce face parte din categoria persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pentru copii 0 - 18 ani care nu deţin cod numeric personal prevăzuţi la art. 225 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular al cardului european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 2 exemplare ale prescripţiei medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează şi parafează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidenţa proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a fi depus la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripţiei cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează şi de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

În cazul prescripţiilor medicale electronice off-line emise ca urmare a unei consultaţii la distanţă de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu. În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia şi eliberarea se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei pe baza adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţei înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional de

asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum şi copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei ce face parte din categoria persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pentru copii 0 - 18 ani care nu deţin cod numeric personal prevăzuţi la art. 225 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiari ai prescripţiei medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular al cardului european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line şi off-line, pentru situaţiile prevăzute la art. 210 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, farmaciile eliberează medicamentele în regim off-line.

Farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripţiei şi listează un exemplar pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului şi cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; exemplarul componentei eliberare off-line se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere).

Pentru medicamentele cost-volum-rezultat farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripţiei şi listează două exemplare pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului şi cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; un exemplar al componentei eliberare off-line se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) şi un exemplar se înaintează casei de asigurări de sănătate.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) se semnează de către beneficiarul prescripţiei sau de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, identificarea făcându-se prin prezentarea cărţii de identitate/buletinului de identitate/paşaportului. Semnarea prescripţiei electronice (componenta eliberare) de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului se face ograf în format letric sau digital.

În situaţia în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripţiei care este titular al cardului european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) Pentru elevi şi studenţi, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris. Scrisoarea medicală este un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentişti/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

Medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din unitățile de dializă care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 2 alin. (1) şi alin. (3).

(8) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti/medicii stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Protecția Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi, cu unitățile de dializă pentru medicii care nu își desfășoară activitatea sub incidența unui contract de furnizare de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia.

Pentru a încheia convenţie cu casele de asigurări de sănătate medicii trebuie să deţină semnătură electronică extinsă.

Modelul convenţiei este cel prevăzut în anexa nr. 41 la ordin. Prin medici/medici dentişti/medici stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

(9) Prescripţiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din preţul de referinţă se eliberează în următoarele situaţii:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide şi lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(10) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie şi actul de identitate, iar acesta va consemna în fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi indemnizaţiei sociale pentru pensionari.

În situaţia în care la nivelul cabinetului medical nu există înscrisuri privind numărul talonului şi cuantumul pensiei şi indemnizaţiei sociale pentru pensionari (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fişa pacientului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi

indemnizaţiei sociale pentru pensionari) pentru prescripţia eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor.

ART. 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecţiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, inclusiv pentru bolnavii care sunt incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri"; medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru aceleaşi medicamente pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialităţile clinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale.

Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru aceleaşi medicamente pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(4) Prescripţia medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicaţia pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1). Dacă situaţia o impune, medicii din spital pot elibera la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu pentru maximum 90/91/92 de zile, cu excepţia medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30/31 de zile.

(5) Prescripţia medicală pentru afecţiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecţiunile acute şi subacute prescripţia medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripţia medicală electronică on-line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, şi care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce priveşte numărul, cât şi cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 92 de zile de la data emiterii acesteia în funcţie de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

ART. 3

Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre şi litere.

ART. 4

(1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/în prescripţia cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5

(1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competenţelor legale pe care le au şi în concordanţă cu diagnosticul menţionat pe formularul de prescripţie medicală emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici în următoarele situaţii:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală cu respectarea restricţiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital, cu respectarea restricţiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri," pe baza scrisorii medicale transmise de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligaţi să prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie, luându-se în considerare medicaţia prescrisă anterior şi în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripţii medicale.

(3) În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice şi a restricţiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care îşi desfăşoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor. Medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală pentru controlul simptomelor.

ART. 6

Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7

(1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală medicul care le-a prescris, cu excepţia medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află şi medicul care a emis prescripţia medicală.

(2) Pentru prescripţia medicală electronică on-line şi off-line, în situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripţie numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziţiei/poziţiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunţă, şi care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), după caz, urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situaţie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nici o altă farmacie.

Pentru prescripţia medicală electronică on-line, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunţă şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate şi care va fi înmânat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (4) - care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), după caz, urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripţia medicală electronică on-line, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracţionat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracţionată se va face cu respectarea cantităţii lunare din fiecare medicament determinată în funcţie de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmaciile care a/au eliberat medicamente fracţionat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate şi care va fi înmânat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripţiei, la aceeaşi sau la o altă farmacie, precum şi un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (4) care se păstrează în evidenţa proprie împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), după caz, urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracţiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 şi sublista D, ale căror preţuri de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripţie - componenta eliberare. În toate situaţiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice asimilabile căii de administrare şi concentraţiei prescrise de medic.

(3) Pe componenta eliberare a prescriptiei medicale sunt înscrise preţurile de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică ale medicamentelor eliberate, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuţia personală a asiguratului, care sunt totalizate.

(4) Farmacia are dreptul să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B şi D asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică şi preţul de referinţă al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(5) Farmaciile au obligaţia să facă demersurile pentru acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista preţurilor de referinţă pe unitatea terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale); să facă demersurile necesare aprovizionării, la cererea a

asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista preţurilor de referinţă pe unitatea terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale), dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie. Solicitarea de către asigurat se face în scris sau prin poşta electronică, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condiţiile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 269/2017 privind obligaţia de a asigura stocuri adecvate şi continue de medicamente.

Face excepţie de la obligaţia farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situaţia în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta şi pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 9

(1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidenţiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte;

b) medicamentele din reţetele eliberate pentru titularii cardului european;

c) medicamentele din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

d) medicamentele din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene.

e) medicamentele din prescripțiile medicale eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (1) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat şi medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în condiţiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(3) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum şi borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidenţierea medicamentelor din reţetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, medicamentelor din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentele din reţetele eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, după caz.

(4) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare

borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidenţiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.

(5) Modelul borderourilor centralizatoare se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

ART. 10

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Acordarea medicamentelor şi a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate în vigoare şi a normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 11

În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă şi înaintează prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligaţia să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare şi prescripţiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripţiile medicale aferente pacienţilor pentru care s-a obţinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziţie de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 12

Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor efectuate.

ART. 13

(1) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din Catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (Canamed), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, şi metoda de calcul pentru sublistele A, B, D şi C - secţiunile C1 şi C3 din sublistă, aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, şi se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

b) ca urmare a actualizării Canamed prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea Canamed şi intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) Pentru situaţiile prevăzute la lit. a) - b) se au în vedere prevederile art. 156 alin. (5) - (8) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la preţurile de referinţă stabilite în condiţiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripţia medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (5).

ART. 14

Eliberarea şi decontarea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală din partea asiguraţilor se fac în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

ART. 15

(1) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului şi a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripţiile medicale acordate pacienţilor pentru care s-a înregistrat rezultat medical, eliberate şi raportate în Platforma Informatică din Asigurările de Sănătate, cu excepţia celor prevăzute la art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Prescripţiile medicale on-line şi off-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat prescripţiile medicale on-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

ART. 16

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală din partea asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ART. 17

Formularele pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu (**)1, (**)1Ω, şi (**)1β în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de

sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, şi a metodologiei de transmitere a acestora în PIAS se aprobă prin ordin al preşedintelui CNAS şi se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

ANEXA 36 A

Modalitatea de decontare a prescripţiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical

ART. 1

Decontarea prescripţiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), de care au beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, dar care nu au fost decontate de casele de asigurări de sănătate la momentul evaluării rezultatului medical, potrivit art. 157 din contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, se realizează prin raportare la data înregistrării rezultatului medical în condiţiile art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de Urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare, la solicitarea unui furnizor de medicamente care s-a aflat/se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 2

(1) În vederea clarificării situaţiei prescripţiilor medicale prevăzute la art. 1, furnizorul de medicamente are obligaţia să depună o solicitare la casa de asigurări de sănătate cu care s-a aflat/se află în relaţii contractuale.

(2) Solicitarea prevăzută la alin. (1) va fi însoţită de un document cu aceeaşi structură ca a borderoului centralizator ce a fost depus sau trebuia depus la casa de asigurări de sănătate, în vederea decontării, document care va fi transmis atât pe suport hârtie, cât şi electronic.

(3) În termen de maximum 20 de zile lucrătoare de la primirea solicitării furnizorului de medicamente, casa de asigurări de sănătate:

a) verifică dacă în SIPE sunt înregistrate ca fiind eliberate toate prescripţiile medicale menţionate în documentul prevăzut la alin. (2);

b) transmite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, atât pe suport hârtie, cât şi electronic, solicitarea de confirmare a prescripţiilor medicale care pot face obiectul decontării din FNUASS, însoţită de documentul prevăzut la alin. (2), solicitare în care va menţiona obligatoriu parcurgerea etapei prevăzute la lit. a), precum şi seria şi numerele prescripţiilor medicale din documentul depus de furnizor, înregistrate ca fiind eliberate în PIAS (componenta SIPE).

(4) În termen de maximum 20 de zile lucrătoare de la primirea solicitării formulate de casa de asigurări de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

a) verifică pentru confirmarea acelor prescripţii medicale care pot face obiectul decontării din FNUASS, pentru fiecare pacient în parte a/ale cărui prescripţie/prescripţii medicală/medicale este/sunt menţionată(e) în solicitarea casei de asigurări de sănătate, următoarele:

(i) evaluarea rezultatului medical a fost efectuată prin raportare la data înregistrării rezultatului medical în condiţiile art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

(ii) dacă pacientul/pacienţii a/au înregistrat rezultat medical;

(iii) dacă prescripţia/prescripţiile medicală/medicale, prin raportare la elementele contractuale aferente fiecărui contract cost-volum-rezultat în parte, face/fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) şi (17) din

Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

b) transmite casei de asigurări de sănătate, după finalizarea etapei prevăzute la lit. a), documentele centralizatoare aferente cu privire la:

(i) prescripţiile medicale care îndeplinesc condiţiile pentru fi decontate din FNUASS;

(ii) prescripţiile medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

(iii) prescripţiile medicale care nu îndeplinesc condiţiile art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare.

(5) În termen de maximum 10 zile lucrătoare de la transmiterea documentelor prevăzute la alin. (4) lit. b), casa de asigurări de sănătate:

a) comunică furnizorului de medicamente care a depus solicitarea de clarificare următoarele:

(i) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care urmează a fi decontate din FNUASS;

(ii) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare,

(iii) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care nu îndeplinesc condiţiile art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

b) verifică dacă valoarea prescripţiilor medicale care îndeplinesc condiţiile de decontare din FNUASS se încadrează în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie şi, după caz, solicită Casa Națională de Asigurări de Sănătate suplimentarea creditelor de angajament şi a celor bugetare;

c) încheie cu furnizorul de medicamente, în limita creditelor de angajament aprobate cu această destinaţie, pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor care fac obiectul prescripţiilor medicale prevăzute la art. 1, un act adiţional la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate sau, după caz, un contract distinct, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 37A care face parte integrantă din prezenta modalitate de decontare, pentru furnizorii care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Furnizorul de medicamente va întocmi factura aferentă prescripţiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, pe care o va transmite/depune la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în actul adiţional/contractul prevăzut la alin. (5) lit. c).

(7) Casa de asigurări de sănătate decontează factura depusă de furnizorul de medicamente într-un termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea facturii în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(8) În cazul în care o factură nu este validată, casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăşi termenul prevăzut la alin. (5).

ANEXA 37
- model -

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., C.U.I. ……., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., e-mail ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

- Societatea farmaceutică ....., reprezentată prin .....

- Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., C.U.I. ……., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....

II. Obiectul contractului:

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2

Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 şi a reglementărilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

ART. 3

Furnizarea medicamentelor se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....

NOTĂ: Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2023.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor:

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală, la termenele prevăzute în prezentul contract, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023.

d) să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun;

e) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 cu privire la condiţiile de acordare a medicamentelor, şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

g) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de medicamente potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi; să actualizeze în PIAS, în timp real, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţia contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente, numele şi codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii;

k) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente;

l) să recupereze de la furnizorii care au acordat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu sumele reprezentând contravaloarea acestora în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de medicamente la data eliberării de către farmacii şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

m) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti este obligată să intre în relaţie contractuală cu cel puţin o farmacie în localităţile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la medicamente;

n) să aducă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală se află în relaţie contractuală, situaţiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, în vederea aplicării sancţiunilor prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, după caz;

o) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de medicamente cu care se află în relaţii contractuale.

B. Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 şi din sublista D, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b) să facă demersurile necesare pentru acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 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; farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condiţiile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 269/2017 privind obligaţia de a asigura stocuri adecvate şi continue de medicamente;

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor achiziţionate şi evidenţiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei şi care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, într-un termen stabilit de comun acord dar nu mai mult de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea solicitării, în funcţie de obiectivele acţiunii de control, volumul şi data întocmirii documentelor solicitate; refuzul nejustificat al furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente şi recuperarea integrală a sumei reprezentând contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului nejustificat, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul şi decontată de casa de asigurări de sănătate.

În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între medicamentele în perioada verificată şi cantitatea de medicamente achiziţionate, sau atunci când furnizorul refuză să pună la dispoziţia organelor de control documentele justificative prevăzute anterior, se sesizează instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective; în situaţia în care, ca urmare a controlului desfăşurat de către instituţiile abilitate, se stabileşte vinovăţia furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoştinţă a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispuse în cauza respectivă, cu recuperarea integrală a contravalorii tuturor medicamentelor

eliberate de furnizor în perioada verificată de instituţiile abilitate şi decontată de casa de asigurări de sănătate şi care depăşesc valoarea achiziţiilor pentru care există documente justificative;

d) să verifice prescripţiile medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice off-line/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, referitoare la numărul de medicamente, cantitatea şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic pentru prescripţiile medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate cu asigurarea confidenţialităţii în procesul de transmitere a datelor, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

g) să întocmească şi să depună/transmită electronic caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform şi în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte şi complete şi să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu raportate în SIUI; în ceea ce priveşte medicamentele pentru care se încheie contracte cost-volum-rezultat, datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte şi complete şi să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente raportate în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, indiferent dacă medicul care a emis prescripţia medicală se află sau nu în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală farmacia; fac excepţie medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află şi medicul care a emis prescripţia medicală;

m) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe prescripţiile medicale eliberate pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

n) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

o) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie;

p) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q) să depună/transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligaţia să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare şi prescripţiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripţiile medicale aferente pacienţilor pentru care s-a obţinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziţie de casa de asigurări de sănătate;

r) să nu utilizeze, în campaniile publicitare ale farmaciilor aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, referinţe la medicamentele compensate şi gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepţia informării asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate şi gratuite;

s) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 şi din sublista D, din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;

ş) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

t) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

ţ) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

u) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului,

respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

w) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente cu sau fără contribuţie personală acordate pe teritoriul României, şi să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

x) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie care nu sunt incluse în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi/sau excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract;

y) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripţiei la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

z) să folosească sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

aa) să elibereze conform prevederilor legale în vigoare şi să întocmească evidenţe distincte, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

ab) să întocmească evidenţe distincte pentru prescripţiile medicale eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.

ART. 8

În relaţiile 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 şi fără contribuţie personală eliberate conform facturilor emise şi documentelor însoţitoare, în condiţiile prevăzute în norme;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d) să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B şi D din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă 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 şi în limita prevederilor legale în vigoare;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor medicamente, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale;

g) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) pentru a asigura acoperirea cererii de medicamente, pot achiziţiona medicamente de la alte farmacii comunitare pentru onorarea integrală a unei prescripţii medicale, în cazuri urgente şi în limita cantităţii prescrise, în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (7) lit. b) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi cu respectarea prevederilor art. 6^1 din Normele privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea unităţilor farmaceutice, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 444/2019, cu modificările şi completările ulterioare.

VI. Modalităţi de plată

ART. 9

(1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată şi prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidenţiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte;

b) medicamentele din reţetele eliberate pentru titularii cardului european;

c) medicamentele din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

d) medicamentele din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene.

e) medicamentele din prescripţiile medicale eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat şi medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum şi borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare

sublistă, cu evidenţierea medicamentelor din reţetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, medicamentelor din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare europene, medicamentele din reţetele eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată şi înaintează prescripţiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope şi stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligaţia să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare şi prescripţiile medicale off-line (componenta prescriere şi componenta eliberare), urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripţiile medicale aferente pacienţilor pentru care s-a obţinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziţie de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 10

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit la casele de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Documentele necesare decontării, respectiv facturile şi borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 11

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. p) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

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

c) la a treia constatare, diminuarea cu 15% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - f), h), j) - o), q) - ţ), u) - w), y), aa) şi ab) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se aplică sancţiuni, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. g) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum şi în cazul în care se constată eliberarea şi raportarea de medicamente expirate, se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi de ieşire pentru medicamentele eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată.

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea uneia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea prescripțiilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de medicamente, aduce la cunoştinţa furnizorului de medicamente faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciştilor din România, precum şi Ministerul Sănătăţii sau Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, după caz, cu

privire la aplicarea fiecărei sancţiuni pentru nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i) şi p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competenţă.

(9) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se radiază de drept, în termen de 3 ani de la aplicare. Radierea sancţiunilor se constată prin act administrativ al conducătorului instituţiei publice în cadrul căreia funcţionează structurile de control care le-au aplicat.

ART. 12

(1) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului şi a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripţiile medicale acordate pacienţilor pentru care s-a înregistrat rezultat medical, eliberate şi raportate în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepţia celor prevăzute la art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Prescripţiile medicale on-line şi off-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat prescripţiile medicale on-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

ART. 13

Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 14

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială

ART. 16

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care-l invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Suspendarea, rezilierea şi încetarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. b) - f) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilităţii dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative, respectiv pentru o perioadă de până la 180 de zile pentru motive întemeiate sau pentru motive obiective invocate de deţinătorul autorizaţiei pentru care Ministerul Sănătăţii a aprobat întreruperea activităţii farmaciei potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

(2) Prevederile referitoare la condiţiile de suspendare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie 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 situaţii:

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 îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilităţii autorizaţiei de funcţionare;

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 înlocuieşte medicamentele neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 11 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societăţii a sancţiunilor prevăzute la art. 11 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii se aplică sancţiunile prevăzute la art. 11 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 11 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este

exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

h) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. x).

(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g) şi i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), q) şi x) - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 19

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea 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 condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condiţiile de încetare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condiţiile alin. (3) şi (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (4) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, nominalizate în contract, prevederile alin. (3), (4) şi (5) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

ART. 20

În situaţia în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

ART. 21

(1) Situaţiile prevăzute la art. 18 şi la art. 19 alin. (1) lit. a) - subpct. a2, a3 şi lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 19 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 22

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul farmaciei declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

ART. 23

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 24

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 25

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 26

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE MEDICAMENTE
Director general, ...	Reprezentant legal, ...
Director executiv al Direcţiei Economice, ...	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ...	
Vizat Juridic, Contencios	

ANEXA 37A
- model -

CONTRACT/ACT ADIŢIONAL*)
privind decontarea prescripţiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical

*) Actul adiţional se încheie în situaţia în care între casa de asigurări de sănătate şi furnizorul de medicamente este încheiat şi se află în derulare un contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate; actul adiţional se întocmeşte după modelul prezentului contract, adaptat.

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., CUI..... telefon/fax ....., e-mail ....., reprezentată prin director general .....;

şi

- Societatea farmaceutică ....., reprezentată prin .....
- farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentate prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie decontarea prescripţiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), de care au

beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, dar care nu au fost decontate de casele de asigurări de sănătate la momentul evaluării rezultatului medical, potrivit art. 157 din Contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu modificările şi completările ulterioare.

III. Durata contractului

ART. 2

(1) Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2023.

(2) Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

IV. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de medicamente care au depus la casa de asigurări de sănătate o solicitare în vederea clarificării situaţiei prescripţiilor medicale prevăzute la art. 1;

b) să comunice furnizorului de medicamente care a depus solicitarea de clarificare:

(i) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care urmează a fi decontate din FNUASS;

(ii) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

(iii) seria, numărul şi valoarea prescripţiilor medicale care nu îndeplinesc condiţiile art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), de care au beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, doar prescripţiile medicale prevăzute la lit. b) pct. (i), pe baza facturii transmise/depuse de furnizorul de medicamente, în condiţiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

d) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora.

(2) În cazul în care o factură nu este validată, casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 4

(1) Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să transmită electronic/depună la casa de asigurări de sănătate factura aferentă prescripţiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării informaţiilor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) pct. (i);

b) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului, cel târziu în ziua în care modificarea cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu

în ziua în care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi, prevăzute în contract;

c) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii formulate în scris, documentele privind actele de evidenţă financiar-contabilă a sumelor solicitate conform contractelor încheiate între furnizorii de medicamente şi casele de asigurări de sănătate, precum şi documentele administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control.

(2) Toate documentele necesare pentru acordarea sumelor solicitate se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului de medicamente.

V. Termenul de plată

ART. 5

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare contravalorii medicamentelor pe baza facturii depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acesteia în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VI. Răspunderea contractuală

ART. 6

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VII. Clauză specială

ART. 7

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargou.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră, şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore, şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de o lună, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

VIII. Suspendarea, încetarea şi rezilierea contractului

ART. 8

Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de o lună, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată, după caz, pe bază de documente justificative.

ART. 9

(1) Prezentul contract încetează de drept la data expirării duratei contractului prevăzute la art. 2.

(2) Prezentul contract poate înceta prin acordul părţilor.

(3) Casele de asigurări de sănătate au dreptul să recupereze de la furnizorii de medicamente sumele plătite aferente contravalorii medicamentelor facturate, solicitate în mod nejustificat de furnizorii de medicamente, în situaţia în care nu erau îndeplinite condiţiile prevăzute de lege pentru decontarea acestora.

ART. 10

Situaţiile prevăzute la art. 8 şi 9 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu.

IX. Corespondenţa

ART. 11

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de medicamente declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părţi contractante schimbările survenite.

X. Modificarea contractului

ART. 12

(1) Prezentul contract se poate modifica la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 13

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 14

Dacă o clauză a acestui contract va fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XI. Soluţionarea litigiilor

ART. 15

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XII. Alte clauze

.....

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizor de medicamente
Director general,	
.....	Reprezentant legal,
	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcţiei relaţii contractuale,	

.....

Vizat
juridic, contencios
.....

ANEXA 38

CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZĂ

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză auditivă		5 ani	1.203
2.	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani	1.650
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an	1.480
3.	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an	504
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an	1.784
4.	Adezivi pentru filtre umidificatoare		15 buc./lună	650/set
5.	Filtru umidificator HME		1 set/lună (15 buc.)	313/set

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză auditivă înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

1.3. Se va prescrie doar unul dintre următoarele dispozitive medicale: Adezivi pentru filtre umidificatoare HME sau Proteză traheală (Canulă traheală simplă, Canulă traheală Montgomery).

2. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1.	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)****)	a1) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare	1 set/lună (35 bucăţi)	298
		a2) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare	1 set/lună (20 bucăţi)	151

		a3) sac colector special pentru colostomie/ileostomie cu evacuare	1 set*)/ lună (40 bucăţi)	401
		a4) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu adeziv convex	1 set**)/ lună (40 bucăţi)	874
		a5) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu adeziv convex	1 set**)/ lună (25 bucăţi)	580
		a6) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm	1 set**)/lună (40 bucăţi)	452
		a7) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm	1 set**)/ lună (25 bucăţi)	249
		a8) sac colector cu evacuare pentru fistule externe	1 set/lună (20 bucăţi)	411
		b1) sac colector pentru urostomie	1 set/lună (15 bucăţi)	162
		b2) sac colector pentru urostomie cu adeziv convex	1 set/lună (12 bucăţi)	293
2.	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanşă - suport şi sac colector)	1 set***)/ lună	160
		b) pentru urostomie (flanşă - suport şi sac colector)	1 set***)/ lună	205

*) Se acordă pentru copiii cu vârsta până la 5 ani.

**) Se acordă pentru pacienţii care prezintă situaţii particulare sau complicaţii ale stomei

***) Un set de referinţă este alcătuit din 7 flanşe suport şi 7 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.

****) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

2.1. Se va prescrie doar unul dintre tipurile de dispozitive de la sistemele A sau B, pentru fiecare tip (colostomie/ileostomie, respectiv urostomie).

2.2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

2.4. Durata prescripţiei - pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru pacienţii care nu au stome permanente şi de maximum 12 luni pentru pacienţii care au stome permanente.

3. Dispozitive pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/SET
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Condom urinar		1 set*)/ lună (30 bucăţi)	135
2.	Sac colector de urină***)		1 set*)/ lună (6 bucăţi	19
3.	Sonda Foley		1 set*)/ lună (4 bucăţi)	24
4.	Cateter urinar**)		1 set*)/ lună (120 bucăţi)	1.070
5.	Banda pentru incontinenţă urinară****)			LEI/BUC.
				1.481

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

**) Se recomandă numai pentru retenţie urinară, pentru vezică neurogenă şi obstrucţie canal uretral la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică şi de reabilitare, oncologie şi chirurgie pediatrică, urologie, cu precizarea că pentru vezică neurogenă recomandarea se face numai de medicul de specialitate neurologie şi neurologie pediatrică.

***) Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă şi nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

****) Se acordă o singură dată în viaţă.

3.1. Pentru dispozitivele prevăzute la poz. 1 - 4, durata prescripţiei este pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru pacienţii care nu au incontinenţă urinară permanentă şi nelimitată pentru pacienţii care au incontinenţă urinară permanentă.

4. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani	1.981
		b) CHOPART	2 ani	2.074
		c) PIROGOFF	2 ani	2.296
2.	Proteză pentru dezarticulaţia de gleznă	SYME	2 ani	2.489
3.	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani	2.769
		b) geriatrică	2 ani	2.750
		c) modulară	4 ani	2.640

		d) modulară cu manşon de silicon	4 ani	5.528
4.	Proteză pentru dezarticulaţia de genunchi	modulară	4 ani	5.808
5.	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani	3.296
		b) din plastic	2 ani	3.605
		c) cu vacuum	2 ani	3.960
		d) geriatrică	2 ani	3.743
		e) modulară	4 ani	4.718
		f) modulară cu vacuum	4 ani	4.932
		g) modulară cu manşon de silicon	4 ani	7.781
6.	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani	5.319
		b) modulară	4 ani	7.763
7.	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani	6.019
		b) modulară	4 ani	8.162
8.	Manşon de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manşon de silicon		2 ani	2.188
9.	Manşon de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manşon de silicon		2 ani	2.188

4.1. Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat şi de proteză provizorie.

4.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

4.4. Proteza de coapsă modulară cu manşon de silicon, proteza de gambă modulară cu manşon de silicon, manşonul de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manşon de silicon şi manşonul de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manşon de silicon se acordă pentru amputaţie ca urmare a complicaţiilor diabetului zaharat şi ca urmare a afecţiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie şi traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie cardiovasculară, chirurgie pediatrică, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice.

5. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani	1.882
		b) funcţională	2 ani	2.357

		c) de deget funcţională simplă	2 ani	3.040
2.	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani	2.820
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	3.721
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	4.395
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani	9.326
3.	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani	2.777
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	3.655
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	4.326
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani	8.272
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani	8.272
4.	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani	4.944
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	5.042
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	5.867
		d) funcţională atipic electric	8 ani	11.275
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	15.824
5.	Proteză de braţ	a) funcţională simplă	2 ani	4.349
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	5.900
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	5.710
		d) funcţională atipic electric	8 ani	10.055
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	12.016
6.	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani	5.508
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	6.305
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	6.509
		d) funcţională atipic electric	8 ani	12.380
		e) funcţională mioelectrică	8 ani	12.947
7.	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani	6.254
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani	7.167
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani	7.985
		d) funcţională atipic electric	8 ani	13.434

5.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

6. Orteze

6.1 pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze cervicale	a) colar	12 luni	63
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni	146
		c) Schanz	12 luni	60

2.	Orteze cervicotoracice		12 luni	85
3.	Orteze toracice		12 luni	101
4.	Orteze toracolombosacrale	a) orteză toracolombosacrală	12 luni	257
		b) corset Cheneau	12 luni	1.300
		c) corset Boston	12 luni	1.283
		d) corset Euroboston	12 luni	1.367
		e) corset Hessing	12 luni	194
		f) corset de hiperextensie	12 luni	681
		g) corset Lyonnais	12 luni	1.525
		h) corset de hiperextensie în trei puncte pentru scolioză	12 luni	980
5.	Orteze lombosacrale	a) orteză lombosacrală	12 luni	114
		b) lombostat	12 luni	103
6.	Orteze sacro-iliace		12 luni	87
7.	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani	1.838
		b) corset Milwaukee	12 luni	1.656
8.	Orteză craniană		-	660

6.1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.1.2. Orteza craniană se recomandă copiilor diagnosticați cu plagiocefalie sau craniostoză, cu vârsta de pana la 18 luni, de către medicii de specialitate cu specialitatea neurochirurgie sau pediatrie. Se poate acorda o altă orteză la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze de deget		12 luni	37
2.	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni	70
		b) dinamică	12 luni	129
3.	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni	56
		b) dinamică	12 luni	74
4.	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni	89
5.	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni	60
6.	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni	96
7.	Orteze de umăr		12 luni	95
8.	Orteze de umăr - cot		12 luni	137
9.		a) fixă	12 luni	153

	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	b) dinamică	12 luni	578

6.2.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6.3. pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Orteze de picior		12 luni	67
2.	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni	70
3.	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni	183
		b) mobilă	12 luni	71
		c) Balant	2 ani	734
4.	Orteze de genunchi gleznă - picior	a) orteză de genunchi - gleznă- picior	12 luni	421
		b) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani	1.356
5.	Orteze de şold		12 luni	587
6.	Orteze de şold - genunchi		12 luni	1.693
7.	Orteze de şold – genunchi - gleznă - picior	a) orteză de şold - genunchi - gleznă - picior	12 luni	2.068
		b) coxalgieră (aparat)	2 ani	2.189
		c) Hessing (aparat)	2 ani	1.037
8.	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii			
		a) ham Pavlik	*	129
		b) de abducţie	*	89
		c) Dr. Fettwies	*	2.093
		d) Dr. Behrens	*	1.367
		e) Becker	*	103
		f) Dr. Bernau	*	682
9.	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni	61
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni	65
		c) Pes Var/Valg	6 luni	182

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia celor prevăzute la pct. 6.3.1; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălţăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/PERECHE
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	331
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni	380
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	368
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni	382
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	374
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	478
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	429
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	501
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	463
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	583
2.	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	321
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni	356
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	314
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni	378
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	391
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	431
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni	423
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni	441

7.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălţăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficienţe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară		457
		b) ptr. camera posterioară		

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, aparate CPAP/BPAP și dispozitive de asistare a tusei

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL*)	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	SUMĂ DE ÎNCHIRIERE/ LUNĂ
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**)	a) concentrator de oxigen staționar		202
		b) concentrator de oxigen portabil		920
2.	Aparat de ventilaţie noninvazivă***)	aparat de ventilaţie		847
3.	Aparate CPAP ****)	a) Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare – CPAP cu card de complianță		230
		b) Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea auto-ajustării acestora– Auto CPAP cu card de complianță		277
4.	Aparate BPAP ****)	a) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele de presiune emise spontan administrate la nivelul căilor aeriene superioare și stabilite prin titrare– Bi-level S cu card de complianță		400

		b) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță		459
		c) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat – Bi-level S/T cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță		826
		d) Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief		583
5.	Dispozitive de asistare a tusei *****)	Dispozitive de insuflație-exuflație mecanică		1.300

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.

**) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă pentru următoarele afecţiuni:

Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este >/= 15 ore/zi

Indicaţii:

a. pacienţi cu insuficienţă respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos pentru:

a.1. BPOC:

a.1.1. - la iniţierea terapiei (prima prescriere) pentru valori ale raportului VEMS/CVF la efectuarea spirometriei, mai mici de 70%, asociat cu una dintre următoarele condiţii:

- PaO2 < 55 mmHG (sau SatO2 </= 88%), măsurată la distanţă de un episod acut

- PaO2 55 - 59 mmHG (sau SatO2 < 90%) măsurată la distanţă de un episod acut şi unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%)

a.1.2. - la continuarea terapiei (următoarele prescripţii) - cu una dintre următoarele condiţii:

- PaO2 < 55 mmHG (sau SatO2 </= 88%), măsurată la distanţă de un episod acut

- PaO2 55 - 59 mmHG (sau SatO2 < 90%) măsurată la distanţă de un episod acut şi unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%).

În cazul unei contraindicaţii relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităţilor, medicul va specifica acest lucru în recomandare şi va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport VEMS/CVF<70%. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul VEMS/CVF<70%.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepţia persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanţi care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2. alte afecţiuni cu insuficienţă respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă:

a.2.1. - pentru sindromul obstructiv la iniţierea terapiei (prima prescriere) definit prin spirometrie şi PaO2 < 60 mm HG (sau Sat O2 < 90%). La continuarea terapiei (următoarele prescripţii) trebuie îndeplinită condiţia PaO2 < 60 mm HG (sau Sat O2 < 90%). În cazul unei contraindicaţii relative la efectuarea spirometriei datorită comorbidităţilor, medicul va specifica acest lucru în recomandare şi va anexa o spirometrie veche de maximum 3 ani cu raport VEMS/CVF<70%. La prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o spirometrie recentă cu raportul VEMS/CVF<70%.

a.2.2. - pentru sindromul restrictiv, la iniţierea terapiei (prima prescriere) definit prin capacitate pulmonară totală </= 60% din valoarea prezisă sau factorul de transfer gazos prin membrana alveolo-capilară (Dlco < 40% din valoarea prezisă şi PaO2 < 60 mm HG (sau Sat O2 < 90%) în repaus sau la efort. La continuarea terapiei (următoarele prescripţii) trebuie îndeplinită condiţia PaO2 < 60 mm HG (sau Sat O2 < 90%), în repaus sau la efort. În cazul unei contraindicaţii relative la efectuarea explorării funcționale respiratorii datorită comorbidităţilor, medicul va specifica acest lucru în recomandare şi la prima recomandare efectuată la 3 luni de la recomandarea inițială, medicul va anexa o explorare funcțională respiratorie recentă care să îndeplinească condițiile de mai sus.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepţia persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanţi care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, cardiologie, oncologie, pediatrie și medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

a.3. Sindromul de apnee în somn obstructiv, sindromul de obezitate - hipoventilaţie, sindromul de apnee în somn central şi mixt, respiraţie periodică tip Cheyne Stokes, sindrom de apnee în somn complex:

Oxigenoterapie nocturnă minim 6 ore/noapte, cu una dintre următoarele condiţii:

- pentru SatO2 < 90% cu durată > 30% din durata înregistrării poligrafie/polisomnografice nocturne;

- pentru SatO2 < 88% cu durată > 5 minute în timpul titrării poligrafice/polisomnografice;

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni

pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanţi care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie şi alte specialităţi cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

b. pacienţi cu insuficienţă respiratorie medie sau severă ca urmare a infecţiei SARS-CoV-2 la externarea din spital sau care au trecut printr-un sistem de triaj specific infecţiei SARS-CoV-2 sau pacienţi cu boli infecto-contagioase cu risc pandemic care dezvoltă insuficienţă respiratorie, cu următoarele condiţii:

- Sat O2 < 90% măsurată prin pulsoximetrie

şi/sau

- PaO2 < 60 mm HG măsurată prin ASTRUP arterial.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile (cu reevaluare la sfârşitul perioadei).

Medici curanţi care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, boli infecţioase, medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

*****) Aparatele de ventilaţie noninvazivă se acordă pentru următoarele afecţiuni:**

- boală toracică restrictivă (scolioza gravă, pectus excavatum - stern înfundat, pectus carinatum - torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă);
- boală neuromusculară;
- fibroza chistică;
- bronhopneumopatia obstructivă cronică.

Pentru boala toracică restrictivă şi boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, trebuie îndeplinit cel puţin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 45 mm Hg,
- hipercapnie nocturnă cu PaCO2 >/= 50 mm Hg, demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii;
- normocapnie diurnă cu creşterea nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie.

Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficienţă respiratorie şi alterarea calităţii vieţii, la pacient trebuie îndeplinit cel puţin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 60 mm Hg,
- hipercapnie nocturnă cu PaCO2 >/= 65 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii,
- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 60 mm Hg şi creşterea nocturnă a nivelului PTCO2 cu >/= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie,
- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO2 >/= 55 - 60 mm Hg şi cel puţin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni,
- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilaţie invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea PaCO2 > 55 mm Hg persistă chiar şi după stabilizarea stării.

Pentru bronhopneumopatia obstructivă cronică, alături de semnele de insuficienţă respiratorie alterarea calităţii vieţii, trebuie îndeplinit unul dintre următoarele criterii:

- PaCO2 > 50 mmHg într-o perioadă stabilă

- PaCO2 > 55 mmHg la externare după o exacerbare severă care a necesitat ventilație non-invazivă sau invazivă în cursul spitalizării; pacientul va fi evaluat la 3 luni de la externare pentru menținerea indicației prin criteriul precedent.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată.

Medici curanţi care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică şi pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;
- medici de specialitate anestezie şi terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

****) **Suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP** se acordă pentru următoarele afecţiuni diagnosticate prin poligrafie/polisomnografie efectuată cu maximum 3 ani în urmă:

Indicaţii:

a. pacienţi cu Sindrom de apnee în somn de tip obstructiv şi mixt:

La adulți sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor - IAH <15 (dacă pacientul este înalt simptomatic, cu scor Epworth ≥ 10);
- moderat - IAH 15-30;
- sever - IAH > 30;

La copii sindromul de apnee în somn de tip obstructiv și mixt se clasifică:

- ușor - IAH intre 1 – 5;
- moderat - IAH intre 5 si 10;
- sever - IAH mai mare/= 10.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de >/= 4 ore pe noapte în >/= 70% din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanţi care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

Dispozitive recomandate:

- **Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare – CPAP cu card de complianță,**
- **Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea auto-ajustarii presiunii– Auto CPAP cu card de complianță,**
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare emise spontan și stabilite prin titrare– Bi-level S cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP,**

- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat – Bi-level S/T cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță, în cazul eșecului sau intoleranței la terapia cu CPAP/aCPAP.**

- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.**

b. Sindrom de apnee în somn de tip central:

Pentru pacienții cu IAH>5/h cu prezența apneelor și hipopneelor de tip central > 50% din înregistare/evenimente centrale >50% din IAH (minim >2,5/h) demonstrate polisomnografic/ poligrafic.

Se efectuează inițial titrare CPAP.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de >/= 4 ore pe noapte în >/= 70% din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanţi care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- **Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare – CPAP cu card de complianță**,

- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță**.

- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.**

c. Respirație periodică tip Cheyne Stokes:

- există episoade de > 3 apnee centrale consecutive și / sau hipopnee centrale separate de un crescendo și o schimbare descrescendo a amplitudinii respirației cu o lungime a ciclului de > 40 secunde,

- există > 5 apnee centrale și/sau hipopnee centrale pe ora de somn asociate cu modelul de respirație crescendo / descrescendo înregistrate in decurs de > 2 ore de monitorizare.

Apneele centrale sunt demonstrate polisomnografic/poligrafic. Se efectuează inițial titrare CPAP.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reinnoirii dupa citirea cardului de complianta, daca complianta la terapie este de ≥80% calculată în raport cu numărul de zile de utilizare.

Medici curanţi care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie

şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- **Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare – CPAP cu card de complianță**,
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță**.
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.**

d. Sindrom de apnee în somn complex:

Emergența sau persistența apneelor centrale (nr. apnee pe ora de somn ≥ 5) sau a respirației Cheyne-Stokes la pacienții cu sindrom de apnee în somn obstructiv aflați sub tratament CPAP care au eliminat excelent, bine sau mulțumitor evenimentele obstructive.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de >/= 4 ore pe noapte în >/= 70% din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanţi care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate:

- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecventei respiratorii tip Bi-level S/T pentru tratamentul apneei centrale, complexe, mixte și al respirației periodice cu card de complianță.**
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.**

e. Sindrom de obezitate – hipoventilație (se asociază în 90% din cazuri cu SASO):

Trebuie îndeplinit cel puţin unul dintre criteriile de mai jos:

1. Hipercapnie nocturnă cu PaCO2 ≥ 55 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediate dupa momentul trezirii,
2. Creşterea nivelului PTCO2 ≥ 10 mm Hg pe timp de noapte comparativ cu valoare de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie,
3. Poligrafia, polisomnografia sau pulsoximetria continuă nocturnă arată SaO2 <90% cu durata de > 30% din înregistrare sub CPAP,
4. În timpul titrării manuale polisomnografice, SpO2 este ≤ 90% timp de 5 minute sau mai mult, cu un minim de cel putin 85%,
5. Indice de masa corporala peste 40 kg/m^2.

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru

persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată, cu posibilitatea reînnoirii după citirea cardului de complianță, dacă complianța la terapie este de >/= 4 ore pe noapte în >/= 70% din nopți în ultimele 3 luni.

Medici curanţi care fac recomandarea: medicii de orice specialitate cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

Dispozitive recomandate*:*

- **Suport de presiune pozitivă continuă administrat la nivelul căilor aeriene superioare care necesită stabilire prin titrare – CPAP cu card de complianță,**
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele de presiune emise spontan administrat la nivelul căilor aeriene superioare și stabilite prin titrare– Bi-level S cu card de complianță,**
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele administrat la nivelul căilor aeriene superioare cu posibilitatea controlului frecvenței respiratorii și a controlului volumului curent administrat – Bi-level S/T, cu opțiune de asistență a volumului cu card de complianță.**
- **Suport de presiune pozitivă continuă cu 2 nivele cu posibilitatea auto-ajustării acestora - Auto Bi-level cu card de complianță și funcție presure relief, în cazul intoleranței la terapia cu Bi-level S sau S/T.**

*****) **Dispozitivele de asistare a tusei – insuflație-exuflație mecanică** se acordă pentru următoarele afecțiuni:

- boli neuromusculare.

Pentru pacienți cu boli neuromusculare alături de manifestările clinice datorate eliminării insuficiente a secrețiilor respiratorii (tuse ineficientă, pneumonii frecvente, etc) trebuie să îndeplinească unul dintre următoarele criterii:

- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 160 L/min,
- debutul de vârf a tusei (peak cough flow) < 270 L/min la pacienții la care alte metode de clearance a căilor aeriene sunt insuficiente: asistarea manuală a tusei, respirația glosofaringiană, recrutarea volumelor pulmonare,

Durata prescripţiei este de maximum 90/91/92 de zile în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii, pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată

Medici curanţi care fac recomandarea: medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică şi pediatrie cu atestat în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	a1) Inhalator salin particule uscate de sare cu flux automat de aer*)		12 luni	712
	a2) Cartuș salin		12 luni	732

2.	Nebulizator**)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani	360

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronşită astmatiformă/bronşiolită, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie pediatrică şi pediatrie. Dispozitivul include şi sistemul de eliberare automată.

**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică şi pediatrie;

11. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Baston		3 ani	41
2.	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani	68
3.	Cîrja	a) cu sprijin subaxilar din lemn	3 ani	73
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani	70
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani	44
4.	Cadru de mers		3 ani	158
5.	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată		PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
		a) cu antrenare manuală	3 ani	872
		b) cu antrenare electrică	5 ani	2.936
		c) triciclu pentru copii	3 ani	2.193
		d) activ	4 ani	1.650
		perioadă determinată*)		SUMĂ DE ÎNCHIRIERE LEI/LUNĂ
		a) cu antrenare manuală		37
		b) cu antrenare electrică		
		c) triciclu pentru copii		
		d) activ		100
6.	Baston cu ultrasunete		3 ani	-

*) se acordă prin închiriere

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

12. Proteză externă de sân

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREŢ DE REFERINŢĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5

1.	Proteză externă de sân şi accesorii (sutien)		2 ani	441

Notă:

Se acordă pentru femei care au suferit intervenţii chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanţi care fac recomandarea sunt medici de specialitate: chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică şi microchirurgie reconstructivă şi oncologie medicală.

13. Dispozitive compresive

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE	PREȚ DE REFERINȚĂ LEI/BUC.
C1	C2	C3	C4	C5
1.	Manşon compresiv pentru limfedem *)		12 luni	100
2.	Manşon compresiv ajustabil *)		12 luni	249

*) se recomandă pentru asiguratele care au suferit intervenţii chirurgicale – cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare; se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanţi care fac recomandarea sunt medici de specialitate: oncologie medicală, chirurgie cu supraspecializare chirurgie oncologică.

B. Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului economic european/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, cu modificările şi completările ulterioare, şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la lit. A din prezenta anexă.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA 39

MODALITATEA

de prescriere, procurare şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

ART. 1

(1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu se acordă asiguraţilor pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripţii medicale sub

forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului de la anexa nr. 39 B la prezentul ordin, eliberată de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condiţiile prezentelor norme, ca o consecinţă a unei consultaţii raportate la casa de asigurări de sănătate sau de către medicul care îşi desfăşoară activitatea în spital, la externarea asiguratului.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 2 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr. 38 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului.

Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Biometriile conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenţie chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă. Durata prescripţiilor medicale pentru protezele de membru superior şi pentru protezele de membru inferior – proteze definitive este nelimitată.

(6) Durata prescripţiei pentru dispozitivele de protezare stomii şi pentru dispozitivele pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară este de maximum 90/91/92 de zile. Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienţilor cu stome permanente şi pentru dispozitive pentru incontinenţă urinară, în cazul pacienţilor cu incontinenţă urinară permanentă, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinenţă urinară permanentă". Durata prescripției medicale pe care este menționat "stomă permanentă", respectiv "incontinenţă urinară permanentă" este nelimitată.

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi pentru dispozitivele pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul; pentru cateterul urinar recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conţine obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) Prescripţiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP trebuie să fie însoţite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condiţiilor pentru recomandarea acestor dispozitive condiţii prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38 la ordin.

Durata prescripţiei pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi

evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată. Pentru aparatele cu administrare continuă cu oxigen recomandate pentru pacienţi cu insuficienţă respiratorie medie sau severă ca urmare a infecţiei SARS-CoV-2, durata prescripției este de 90/91/92 de zile.

(9) Durata prescripţiei pentru închirierea fotoliilor rulante este de maximum 90/91/92 de zile calendaristice.

(10) Durata prescripţiilor pentru filtru umidificator HME şi pentru adezivi pentru filtrele umidificatoare HME este de maximum 12 luni calendaristice.

(11) Durata prescripţiei pentru dispozitivele de asistare a tusei este de maximum 90/91/92 de zile, în funcţie de starea clinică şi evoluţia afecţiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav şi de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, cu excepția persoanelor care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, pentru care durata prescripției este nelimitată

(12) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. În acest sens, se solicită o declaraţie a asiguratului pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv; declaraţia rămâne la medicul care întocmeşte prescripţia.

ART. 2

(1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical şi prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad şi tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi se prezintă certificatul de naştere.

Pentru obţinerea protezelor de membru superior, protezelor de membru inferior – proteze definitive, dispozitivelor de protezare stomii - pentru pacienţii cu stome permanente, dispozitivelor pentru incontinenţă urinară - pentru pacienţii cu incontinenţă urinară permanentă, echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, ~~şi~~ suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP şi dispozitivelor de asistare a tusei - pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I sau II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical şi prezintă actul de identitate, respectiv certificatul de încadrare în grad şi tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se specifică în cerere domiciliul copilului, şi se prezintă certificatul de naştere.

Documentele necesare obţinerii dispozitivului medical se pot transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților furnizorilor de dispozitive medicale (reprezentanți legali, asociați, administratori, angajați ai furnizorilor de dispozitive medicale).

(2) Prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi

în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată. În situaţia pacienţilor cu incontinenţă urinară permanentă pentru obţinerea dispozitivelor de incontinenţă urinară, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea incontinenţă urinară permanentă se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată.

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediază prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situaţia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, curierat sau prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale - numai pentru situaţiile în care se impune revizuirea prescripţiei. Modelul unic de decizie pentru aprobarea procurării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 39 A la ordin.

(3) Fiecare decizie, se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă, curierat, prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată sau care se ridică direct de la casa de asigurări de sănătate şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate. La decizia care se transmite asiguratului sau care se ridică de către acesta se ataşează o copie a recomandării medicale, după caz, pe care asiguratul o depune/transmite furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical.

(4) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară pentru asiguraţii cu stome permanente şi pentru asiguraţii cu incontinenţă urinară permanentă este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea filtrului umidificator HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 12 luni calendaristice.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru acelaşi tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(6) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraţilor pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(7) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea echipamentelor pentru oxigenoterapie pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Pentru aparatele de ventilaţie noninvazivă pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea aparatelor de ventilaţie noninvazivă pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice. Pentru suportul de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea suportului de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice.

Pentru dispozitivul de asistare a tusei pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală şi nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice consecutive. Decizia de aprobare pentru închirierea dispozitivului de asistare a tusei pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav (inclusiv persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav definitiv) este valabilă pentru o perioadă de 12 luni calendaristice.

(8) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (4) şi (7). În cazul dispozitivului fabricat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4

(1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluaţi sau acreditaţi/înscrişi în procesul de acreditare, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală (copie), după caz. În cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, documentele se pot transmite furnizorului şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanţă, caz în care nu mai este obligatorie transmiterea acestora fizic furnizorului.

(2) Asiguraţii care au decizii cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive se pot adresa unui alt furnizor autorizat şi evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, reluând întreaga procedură de obţinere a unei noi decizii, cu menţiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Asiguraţii vor menţiona în cererea înaintată casei de asigurări de sănătate că doresc schimbarea furnizorului de dispozitive medicale, cu precizarea denumirii furnizorului, la care vor să renunţe. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada lunară deja raportată a deciziei anterioare.

În situaţia în care medicul de specialitate recomandă schimbarea tipului de dispozitiv de protezare stomii sau pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară asiguratului care are decizie cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive, pentru aceste dispozitive se poate relua întreaga procedură pentru obţinerea unei noi decizii, cu menţiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada lunară deja raportată a deciziei anterioare.

ART. 5

Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 38 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale depune/transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite, după caz, de:

- copia certificatului de garanţie - cu excepţia dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) şi a dispozitivelor medicale pentru care nu se emit certificate de garanţie dar au termen de valabilitate;
- declaraţie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;
- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP.
- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situaţii în care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical primită de către furnizorul de dispozitive medicale în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situaţia în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului medical.

În situaţia în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia.

În situaţia în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/paşaportul, după caz.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă. Documentul prin care eficacitatea actului de protezare este validată se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanţă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepţie, în situaţia în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat şi acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleaşi condiţii, respectiv până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din

oficiu protezarea respectivă. Raportul probei de protezare se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanţă.

(7) Decontarea dispozitivelor de protezare stomii, dispozitivelor pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară, echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, dispozitivelor de asistare a tusei, fotoliilor rulante acordate prin închiriere, filtrelor umidificator HME şi adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME se realizează lunar.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, respectiv pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii.

(9) În cazul dispozitivelor medicale expediate de către furnizor prin poştă, curierat, factura în vederea decontării dispozitivului medical se întocmeşte în luna în care furnizorul a intrat în posesia documentului privind dovada primirii dispozitivului medical.

(10) În cazul deciziilor de aprobare însoţite de taloane pentru dispozitive medicale emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de intrare în vigoare a prezentului ordin, aflate în derulare, decontarea se realizează potrivit prevederilor prezentului ordin.

ART. 7

(1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical corespunzătoare perioadei lunare, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice, cu excepţia pacienţilor internaţi care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

Casele de asigurări de sănătate anunţă trimestrial furnizorii despre zilele calendaristice decontate în plus pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere în trimestrul anterior, furnizorul urmând să întocmească factură storno pentru aceste sume.

(3) Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situaţia în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor şi continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către acelaşi furnizor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situaţia în care există continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către acelaşi furnizor şi nu există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

ART. 8

(1) Certificatul de garanţie predat de către furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acordă pe perioadă nedeterminată, trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată şi suportată de către furnizor.

ART. 9

Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de dispozitive medicale pentru a analiza aspecte privind acordarea dispozitivelor medicale, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de dispozitive medicale măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

ANEXA 39 A
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Decizia nr. ..... din data .....
Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Având în vedere:
- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi ale Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens de către acesta (prin act notarial/act de reprezentare prin avocat) sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP/cod unic de asigurare ....., prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul de specialitate dr. ....., din unitatea sanitară .....;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea directorului general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....

DECIDE

ART. 1

Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unei deficienţe organice sau funcţionale

.....

.....

Dispozitive pentru protezare stomii/Dispozitive pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară:

|_| set de referinţă |_| set modificat

Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

|_| dreapta |_| stânga
pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de .....

pentru beneficiarul .....

ART. 2

(1) Preţul de referinţă/suma de închiriere decontat(ă) de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: .....,

(2) Preţul de referinţă/suma de închiriere decontat(ă) de către Casa de Asigurări de Sănătate…….. pentru persoanele prevăzute în legi speciale este: .....,

ART. 3

Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....

ART. 4

Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Director General,

.....

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ..... CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social/lucrativ (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 39 B
- model -

PRESCRIPŢIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE

Nr. ...../.....*)

Unitatea medicală ..... |_| MF
Adresa .....
|_| Ambulatoriu

|_| Spital

Stat membru: ROMÂNIA
CUI .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
(pentru medicul care întocmeşte prescripţia medicală - recomandarea)
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital (numai pentru situaţiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmeşte prescripţie medicală - recomandare)
Nume, prenume medic .....
Cod parafă medic .....
Specialitatea medicului prescriptor .....
Date contact medic prescriptor:
- telefon/fax medic prescriptor .....
(se va completa inclusiv prefixul de ţară)
- e-mail medic prescriptor .....
1. Numele şi prenumele asiguratului .....
(se va completa în întregime numele şi prenumele asiguratului)
2. Data naşterii .....
3. Domiciliul .....
4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului .....
5. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate: .....
6. Deficienţa organică sau funcţională

- nu este ca urmare a unei boli profesionale |_| (se bifează căsuţa)

- nu este ca urmare a unui accident de muncă ori sportiv. |_| (se bifează căsuţa)

7. Pentru stomii şi retenţie sau/şi incontinenţă urinară se bifează una dintre căsuţele:

|_| permanentă |_| set modificat

|_| temporară

Sunt de acord cu

modificarea setului
Semnătură asigurat
_____

Se recomandă ..... zile (maximum 90/91/92 zile)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru o perioadă temporară.

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă, suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP şi dispozitive de asistare a tusei se bifează una dintre căsuţele:

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat, definitiv |_|

- cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |_|

- fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat |_|

Se recomandă ..... zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)- se completează numai în cazul dispozitivelor recomandate pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap grav sau accentuat definitiv.

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuţele:

|_| perioadă nedeterminată

|_| perioadă determinată; se recomandă ..... zile (maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuţele:

|_| proteză provizorie

|_|proteză definitivă

11. Dispozitive medicale ce se pot acorda pereche:

|_| dreapta |_| stânga

12. Denumirea şi tipul dispozitivului medical recomandat:
(din anexa nr. 38 la ordin**))
.....
.....

13. Numărul şi data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului – Somnologie.....
(se va completa de către medicii care recomandă suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul şi data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie şi titrare CPAP/BPAP..... (se va completa de către medicii care recomandă suport

de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, aparate de ventilaţie noninvazivă, aparate de administrare continuă cu oxigen acordate pentru Sindromul de apnee în somn obstructiv),

Numărul şi data înregistrării atestatului în Managementul general, clinic şi terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilaţie non-invazivă..... (se va completa de către medicii care recomandă aparate de ventilaţie noninvazivă şi dispozitive de asistare a tusei)

Data emiterii prescripţiei .....
Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului
.....

---

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaie de observaţie

**) Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Notă:

Recomandarea se eliberează în 2 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ANEXA 39 C
- model -

Furnizor de dispozitive medicale .....

Sediul social/Adresa fiscală
.....

DECLARAŢIE

Subsemnatul(a), ... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că, toate dispozitivele medicale pentru care se transmit preţurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de către Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau în declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declaraţie cu numerele de înregistrare aferente acestor documente sau cu denumirea producătorului acestor dispozitive medicale, pentru fiecare dispozitiv medical, conform tabelului de mai jos:

Categorie de dispozitive medicale

Nr. crt.	Denumire	Tip	Preţ de vânzare cu amănuntul	Suma de închiriere	Nr. Certificat de înregistrare/ document de	Declaraţie de conformitate CE

					înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European	
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6

Data
.....

Reprezentant legal:
nume şi prenume .....
semnătura .....

ANEXA 40

- model –

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., CUI..... str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., e-mail ....., reprezentată prin Director general .....

şi

Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia ....., după caz,

- având sediul social în localitatea ....., CUI…....., judeţul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax ....., e-mail .....,

- se va/vor menţiona şi punctul/punctele de lucru din judeţ cu informaţiile solicitate anterior, după caz.

II. Obiectul contractului

ART. 1
Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

III. Dispozitive medicale furnizate
ART. 2

Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, şi constau în:

a) .....;

b) .....;

c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri şi tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, şi să 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 lucrativ şi punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare, precum şi în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

c) să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat, la care anexează un exemplar al recomandării medicale; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023;

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical, preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical şi 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 relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru pentru informarea asiguratului;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să efectueze controlul activității furnizorilor de dispozitive medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

k) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia dispozitive medicale în ambulatoriu, precum şi orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

l) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

m) să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii şi tipuri de dispozitive medicale precum și sumele decontate fiecărui furnizor de dispozitive medicale;

n) să comunice furnizorilor, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale.

B. Obligaţiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6

Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

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

c) să livreze dispozitivele medicale la sediul social lucrativ, punctul/punctele de lucru sau prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru, prevăzute în prezentul contract;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare 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 condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să nu modifice preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu excepția perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

g) să întocmească şi să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale facturile însoţite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform şi în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. …/…/2023. 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 îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

h) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

i) să anunţe 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;

j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

k) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

l) 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;

m) să asigure acordarea dispozitivelor medicale beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

n) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

o) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

p) să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen;

q) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situaţia în care dispozitivul medical se eliberează prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui

termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale;

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. q), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, unei persoane împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantului legal al asiguratului pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situaţia în care dispozitivul medical se eliberează prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să livreze în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, numai dispozitivele medicale care corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 şi în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023; nerespectarea acestei obligaţii conduce la rezilierea contractului şi recuperarea de către casa de asigurări de sănătate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale care nu au îndeplinit aceste cerinţe;

ș) să asigure acordarea dispozitivelor medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

t) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ț) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale la solicitarea acesteia, în formatul solicitat.

VI. Drepturile furnizorilor de dispozitive medicale

ART. 7

În relaţiile 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 şi documentelor însoţitoare, 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 informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a dispozitivelor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare

în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

c) să încaseze contribuţie personală de la asiguraţi, în condiţiile prevăzute în norme;

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

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale;

f) să fie îndrumaţi în vederea aplicării corecte şi unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

VII. Modalităţi de plată

ART. 8

(1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 9

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, şi factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, şi factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă, respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical, sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.

...../...../2023, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, respectiv suma de închiriere prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, raportat la 30 de zile calendaristice, cu excepţia pacienţilor internaţi care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

Casele de asigurări de sănătate anunţă trimestrial furnizorii despre zilele calendaristice decontate în plus pentru dispozitivele medicale acordate prin închirirere în trimestrul anterior, furnizorul urmând să întocmească factură storno pentru aceste sume.

ART. 10

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale depune/transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite, după caz, de:

- copia certificatului de garanţie cu excepţia dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) şi a dispozitivelor pentru care nu se emit certificate de garanţie dar au termen de valabilitate,

- declaraţie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,

- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate,

- dovada verificării tehnice, numai în luna următoare celei în care se realizează verificarea tehnică, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante şi echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP,

- dovada primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, situaţii în care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii dispozitivului medical primită de către furnizorul de dispozitive medicale în format electronic; pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical.

În situaţia în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul. Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate este necesară numai la acordarea dispozitivului.

În situaţia în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal - prin act

notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia.
În situaţia în care beneficiarul dispozitivului medical este beneficiar de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/paşaportul, după caz.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, a unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă. Documentul prin care eficacitatea actului de protezare este validată se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepţie, în situaţia în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat şi acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleaşi condiţii, respectiv până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea/transmiterea de către asigurat, a unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu depune/transmite casei de asigurări de sănătate acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea protezei auditive, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă. Raportul probei de protezare se poate transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă/curierat sau prin mijloace de comunicare la distanță.

(5) Decontarea dispozitivelor de protezare stomii, dispozitivelor pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară, echipamentelor pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP, fotoliilor rulante acordate prin închiriere, filtrelor umidificator HME şi adezivilor pentru filtrele umidificatoare HME se realizează lunar.

(6) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(7) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(8) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(9) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către directorul general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

(10) Pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, în situaţia în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor şi continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical acordat prin închiriere de către acelaşi furnizor, decontarea dispozitivului medical se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare.

ART. 11

Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului/bancă.

ART. 12

Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare 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.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 14

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

X. Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului

ART. 15

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. a) - e), h) - p), ş) şi t), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(2) În cazul constatării neîndeplinirii uneia sau mai multor condiţii de eligibilitate, se recuperează contravaloarea dispozitivelor medicale aferente perioadei în care furnizorul nu a îndeplinit aceste criterii.

(3) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) şi (2) pentru furnizorii de dispozitive medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de dispozitive medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de dispozitive medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de dispozitive medicale aduce la cunoştinţa furnizorului de dispozitive medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(4) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

(6) Sancţiunile prevătute la alin. (1) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

ART. 16

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

c) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 166 alin. (1) lit. b) - e) şi h) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilităţii dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, suspendarea operează prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie.

ART. 17

(1) 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 situaţii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătăţii/ANMDMR, ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative şi pe cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind decontarea din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

(2) 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 30 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 6 lit. f) şi ţ).

ART. 18

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:

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

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunţarea 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 condiţiile art. 16 lit. c), cu excepţia retragerii avizului de funcţionare a furnizorului şi a încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori şi 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 şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele de

acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

ART. 19

Situaţiile prevăzute la art. 17 şi art. 18 alin. (1) lit. a) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţia prevăzută de art. 18 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20

(1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondenţă electronică sau direct la sediul părţilor - sediul casei de asigurări de sănătate şi la sediul furnizorului de dispozitive medicale declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 22

În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate pe cale amiabilă dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XVI. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de dispozitive medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,

Director executiv al Direcţiei economice,
.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 41
- model -
CONVENŢIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., CUI.....,tel./fax ....., adresă e-mail: ..... reprezentată prin Director general .....,

şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ..... cod parafă ..... Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., adresă e-mail: ..... judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 şi a Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti pentru elevi, respectiv studenţi indiferent de localitatea de domiciliu a acestora;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din direcţiile generale de asistenţă socială şi protecţia copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială în condiţiile legii şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi; medicii dentiști/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

g) medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(2) Eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din căminele pentru persoanele vârstnice;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

e) medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat;

f) medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pentru elevi, respectiv studenţi, medicii dentiști/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară radiografie dentară panoramică și tomografie dentară CBCT.

(4) Prin medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinete şcolare şi studenţeşti menţionaţi la alin. (1) - (3) se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, care sunt finanţate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiată convenția.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze medicii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţiile medicale paraclinice şi/sau prescripţii medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul prezentei convenţii;

c) să ţină evidenţe distincte ale prescripţiilor medicale electronice, eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de casa de asigurări de sănătate conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii;

f) să monitorizeze lunar investigaţiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripţii medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în convenţie;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să asigure utilizarea prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiţii:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgenţă medicală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile, pentru elevi şi studenţi indiferent de localitatea de domiciliu a acestora; medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris;

- medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;

- medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu

modificările şi completările ulterioare, pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, republicată cu modificările şi completările ulterioare, conform specializării şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru perioadele prevăzute la art. 158 alin. (9) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023;

- medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile;

- medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

h) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond; să asigure utilizarea formularelor electronice (bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice şi paraclinice) de la data la care acestea se implementează;

i) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

j) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

k) să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

ART. 5 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 4 lit. i), se recuperează o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate.

(2) Recuperarea sumelor prevăzute la alin. (1) şi la art. 4 lit. f) şi h) se face prin plată directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu atât pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât şi pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (1) nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 4 lit. i), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiată relația contractuală cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta convenție.

V. Rezilierea şi încetarea convenţiei

ART. 6 Prezenta convenţie se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale

paraclinice şi/sau eliberează prescripţii medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h) asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătăţii.

ART. 7 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) medicul nu mai desfăşoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

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

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

ART. 8 Situaţiile prevăzute la art. 6 şi la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 7 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 9 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poşta electronică sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 10 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate

Director general, Medic
....
Director executiv al
Direcţiei economice,
.....
Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios

---

*) Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală.

Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pentru medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor de urgenţă ce sunt finanţate din bugetul de stat, pentru medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice, modelul de convenţie se va adapta în sensul încheierii convenţiei între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menţionate.

Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti finanţate de la bugetul de stat, convenţia se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.

Medicii menţionaţi în prezenta anexă încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

ANEXA 42
- model -

CONVENŢIE
privind eliberarea biletelor de internare

I. PĂRŢILE CONVENŢIEI

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., CUI...., telefon/fax ..... adresă e-mail ....., reprezentată prin director general .....,

şi

- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... adresă e-mail .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., CUI....., telefon ....., fax ..... adresă e-mail ....., reprezentat prin ....., având actul de înfiinţare sau de organizare nr. ....., autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....., dovada de acreditare/înscriere în procesul de acreditare nr. ....., codul de

înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenţiei nr. .....

- Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - ..... reprezentat prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., CUI....., telefon ....., adresă e-mail .....

- Centre de dializă privată aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate ....., prin contractul nr. ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., CUI...., telefon ....., fax ....., adresă e-mail ..... reprezentat prin ....., codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....

II. OBIECTUL CONVENŢIEI

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de internare conform Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 şi a Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

ART. 2 Eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. .....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. .....

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. ...../.....

3. .....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP/cod unic de asigurare ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiată convenția**.**

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze spitalele, unităţile medico-sociale şi cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi pot elibera bilete de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unităţile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Unităţile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să completeze formularele electronice de bilete de internare, de la data la care acestea se implementează;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în convenţie;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

g) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

V. Rezilierea şi încetarea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin 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 următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România a/al medicului care eliberează bilete de internare pentru servicii medicale spitaliceşti; în situaţia în care convenţia cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulţi medici, ridicarea de către organele de drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/ Colegiului Medicilor Stomatologi din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenţiei, ci doar la excluderea din convenţie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora.

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz;

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

a4) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei 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 anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poştă electronică sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situaţia în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate Director general, Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ... Vizat Juridic, contencios	Unitatea medico-socială/ Unitate sanitară cu paturi/ Cabinet de medicina muncii/ Centrul de dializă privat Reprezentant legal .....

NOTĂ:

Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unităţile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

Pentru medicii menţionaţi în prezenta anexă se încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 43
- MODEL –

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenţie nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut/ă la data de ....., CNP/cod unic de asigurare ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de ……..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii .....

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP/cod unic de asigurare ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de...../a fost internat in perioada ..... nr. F.O./nr. din Registrul de consultaţii .....

Motivele prezentării:

.....

.....

Diagnosticul şi codul de diagnostic:

.....

.....

.....

.....

Anamneză:

.....

- factori de risc

.....

.....

Examen clinic:

- general

.....

.....

- local

.....

.....

Examene de laborator:

- cu valori normale

.....

.....

- cu valori patologice

.....

.....

Examene paraclinice:

EKG

.....

ECO

.....

Rx

.....

Altele

.....

.....

Tratament efectuat:

.....

.....

.....

Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....
Tratament recomandat
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nota: Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate.

ATENȚIE!

Nerespectarea obligației medicului de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate sau din spital de a iniția tratamentul prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, astfel cum este prevăzut în protocoalele terapeutice, precum și de a elibera prescripția medicală / bilete de trimitere / concediu medical / recomandări pentru îngrijiri la domiciliu / prescripții pentru dispozitive medicale în fiecare caz pentru care este necesar, se sancționează potrivit contractului încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate!

Valabilitatea scrisorii medicale incepe de la data eliberarii acesteia.

Valabilitatea este în concordanță cu protocolul terapeutic.

În cazul în care medicul de specialitate nu consemnează o valabilitate pentru conduita terapeutică recomandată, valabilitatea scrisorii medicale încetează în momentul în care medicul de familie recomanda pacientului reevaluarea stării de sănătate.

Indicaţie de revenire pentru internare

- |_| da, revine pentru internare în termen de .....

- |_| nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informaţii:

- |_| S-a eliberat prescripţie medicală, caz în care se va înscrie seria şi numărul acesteia

- |_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală deoarece nu a fost necesar

- |_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informaţii:

- |_| S-a eliberat concediu medical la externare/consultaţia din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria şi numărul acestuia

- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar

- |_| Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una dintre cele două informaţii:

- |_| S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu

- |_| Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una dintre cele două informaţii:

- |_| S-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu

- |_| Nu s-a eliberat prescripţie medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

Data .....

Semnătura şi parafa medicului
.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poştă .....

---

*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieşire 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, prin poşta electronică ori prin intermediul asiguratului.

Scrisoarea medicală trimisă prin poştă electronică este semnată cu semnătură electronică extinsă/calificată.

ANEXA 44
- model –

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

punct de lucru .....
.....

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Semnificaţia coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Sărbători legale.

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa/telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/ punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

Data
.....

Reprezentant legal:
nume şi prenume .....
semnătura .....

ANEXA 45
- model -

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....
punct de lucru .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Semnificaţia coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Sărbători legale.

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa/telefon e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A

Sediu social lucrativ								
Punct de lucru/ punct secundar de lucru*)								
.....								

*) se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent.

**) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet şi programul la domiciliu.

Data
.....

Reprezentant legal:
nume şi prenume .....
semnătura .....

ANEXA 46
- model -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea: .....
str. ..... nr. .... tel./fax .....
e-mail ..... pagină web .....

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector/judeţ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerţului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., e-mail ..... cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., tel./fax ....., e-mail ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

suspendarea [ ]

rezilierea [ ]

încetarea [ ]

contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situaţiei de fapt) şi în temeiul dispoziţiilor art. ..... din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului

de asigurări sociale de sănătate şi dispoziţiilor art. ..... din anexa nr. ..... la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ...../...../2023 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023.

DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 47
DISPOZIŢII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi biletele de internare.

2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului şi numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

3. Toţi furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deţină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezenţa la program pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, trebuie să fie în concordanţă cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adiţional, după caz.

5. Modelul formularului de prescripţie medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripţiile de preparate stupefiante şi psihotrope se aprobă conform prevederilor legale în vigoare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice, paraclinice şi pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

7. Furnizorii au obligaţia să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să recomande asiguraţilor tratamentul cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toţi furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, să respecte specificaţiile de interfaţare publicate.

10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie şi o altă/alte specialitate/specialităţi clinică/clinice, pot opta pentru a desfăşura activitate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialităţii de medicină de familie sau în baza specialităţii/specialităţilor clinice. Medicii care au specialitatea de medicină de familie şi supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare - pentru îngrijiri paliative pot desfăşura activitate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate atât

în baza specialităţii medicină de familie cât şi a supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative putând acorda şi raporta atât servicii medicale aferente specialităţii medicină de familie în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară cât şi servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic de specialitate/în cadrul unei secţii sau compartiment cu paturi de îngrijiri paliative/la un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu. Medicii care au o specialitate/mai multe specialităţi clinice, cât şi competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative îşi pot desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate în ambulatoriul clinic de specialitate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţii/specialităţilor respective şi servicii de îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate clinică şi o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfăşura activitate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialităţii clinice sau în baza specialităţii paraclinice.

11. Prezentarea şi utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1. În asistenţa medicală primară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepţia următoarelor tipuri de consultaţii şi servicii pentru care nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate:

- consultaţiile la distanţă,
- serviciul examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie,
- administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim ajutor,
- asistarea naşterii inopinate,
- supravegherea travaliului fără naştere.

11.2. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază respectiv la momentul acordării serviciilor de sănătate conexe actului medical. Pentru consultaţiile şi serviciile medicale, respectiv serviciile conexe actului medical acordate la distanţă nu este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Pentru serviciile medicale cu scop diagnostic - caz, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la finalizarea serviciului medical.

11.3. Pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi pentru acupunctură utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultaţii de acupunctură şi curele de tratament de acupunctură, la momentul acordării/ în fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament;

b) pentru procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament.

11.4. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigaţii paraclinice, cu excepţia serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie şi citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigaţii paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină şi examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigaţii recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigaţii paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie,

citologie şi microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigaţii paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoţite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigaţiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialităţile clinice sau medicul de familie, după caz, şi care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigaţii de radiologie, imagistică medicală şi medicină nucleară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigaţiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6. În asistenţa medicală spitalicească utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la internarea şi externarea din spital, cu excepţia următoarelor situaţii:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgenţă medico-chirurgicală
- la internare în spital dacă criteriul la internare este naşterea
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital şi la internare ca şi caz transferat
- la externare pentru situaţiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului
- la internare şi la externare pentru pacienţii din secţiile de psihiatrie, internaţi prin procedură de internare nevoluntară - consemnată în foaia de observaţie la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepţia situaţiilor în care criteriul de internare este urgenţă medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgenţă (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanţate de Ministerul Sănătăţii/ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie.

11.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8. În asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare, în sanatorii şi preventorii, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la internare şi externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale este necesară utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat. În situaţia în care ridicarea dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau primirea la domiciliu se face de către aparţinătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul naţional de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul acestuia.

În situaţia în care dispozitivul se eliberează prin poştă, curierat, prezentarea cardului nu este necesară; dovada primirii dispozitivului expediat de către furnizor prin poştă, curierat, de către beneficiar sau aparţinătorul acestuia - membru al familiei cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, seria şi numărul actului de identitate sau după caz, a paşaportului persoanei care a primit dispozitivul medical.

11.10. Pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripţiei; în situaţia în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit/reprezentant legal, se utilizează cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului/reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul, dacă împuternicitul/reprezentantul legal nu poate prezenta card.

12. Informaţii referitoare la utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către asiguraţi şi fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secţiunea informaţii publice/comunicate de presă. Ordinul emis de preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în condiţiile art. 212 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secţiunea informaţii publice/comunicate de presă.

14. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale nu sunt aplicabile situaţiilor în care asiguraţii execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum şi cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare.

15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au desemnat reprezentant legal de către autorităţile competente potrivit legislaţiei în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/paşaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul.

Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidenţă persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidenţele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

16. Furnizorii de servicii medicale şi furnizorii de dispozitive medicale, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate/eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

16.1. În asistenţa medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază şi pachetul minimal.

16.2. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază şi pachetul minimal, cu excepţia serviciilor de sănătate conexe actului medical.

16.3. Pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu şi pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultaţii şi proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b) pentru procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament/zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

16.4. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază şi pachetul minimal.

16.5. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigaţii paraclinice, respectiv în

maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie şi citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigaţii paraclinice, şi pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină şi examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigaţiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialităţile clinice sau medicul de familie, după caz, şi care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigaţii de radiologie, imagistică medicală, explorări funcţionale şi medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigaţiilor prevăzute în pachetul de bază.

16.6. În asistenţa medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază şi pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază şi pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

16.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

16.8. Pentru unităţile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază şi pachetul minimal.

16.9. În asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

16.10. Pentru dispozitive medicale: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparţinătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului. În situaţia în care dispozitivul se expediază prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului.

17. Pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi se întocmeşte fişă de spitalizare de zi, conform modelului prevăzut în anexa nr. 4 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare. Fac excepţie serviciile acordate în camerele de gardă şi în structurile de primire urgenţe din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, pentru care se întocmeşte fişă pentru spitalizare după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1.706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

18. În cazul încetării de drept a contractului prin decesul titularului cabinetului medical individual, decontarea serviciilor medicale acordate şi raportate (în termenul maxim de 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical) până la data decesului, se face moştenitorilor legali sau testamentari pe baza unei cereri depuse la sediul casei de asigurări de sănătate, însoţită de următoarele documente:

- dovada calităţii de moştenitori;
- copie de pe actele de identitate ale moştenitorilor;
- contul bancar în care se va face plata serviciilor medicale.

Cererea va fi depusă la sediul casei de asigurări de sănătate cu care titularul cabinetului medical individual a avut contract. Cererea poate fi transmisă şi prin poştă sau alte mijloace electronice de transmitere la distanţă.

Casa de asigurări de sănătate, va proceda la validarea serviciilor prestate şi raportate (în termenul legal de 3 zile lucrătoare) de către titularul cabinetului medical individual decedat, în luna următoare prestării acestora, în termenul prevăzut în contract.

Decontarea acestor servicii se supun prevederilor contractului încheiat între cele două părţi.

Plata se va efectua în contul indicat de moştenitori, în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii. Eventualele diferenţe negative vor fi comunicate moştenitorilor şi vor fi recuperate prin plata directă sau prin executare silită.

19. Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistenţă.

ANEXA 48
CHESTIONAR PRIVIND SATISFACŢIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanţei activităţii spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime.

1. Când aţi intrat prima dată în această unitate ce impresie v-aţi făcut? Alegeţi trei cuvinte care descriu cel mai bine situaţia din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorităţii*)
Curăţenie	.....
Lux	.....
Aglomeraţie	.....
Dezordine	.....
Mizerie	.....
Disciplină	.....
Linişte	.....
Sărăcie	.....
Altul 1	.....
Altul 2	.....

*) Bifaţi 1, 2 sau 3 în ordinea priorităţii.

2. Situaţia din unitatea de primire, pe care tocmai aţi descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifaţi o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum aţi ajuns să apelaţi la internare pentru spitalul nostru (bifaţi una din variantele de răspuns):
a. V-aţi prezentat direct la camera de gardă
b. Aţi avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
c. Aţi venit cu trimitere de la medicul din ambulator
d. Aţi venit cu ambulanţa
e. Altă situaţie

4. Sunteţi la prima internare sau la o reinternare?
a) Prima internare b) Reinternare
În cadrul acestei internări, puteţi spune că:

	DA	NU
P1. Aţi fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Aţi fost condus la explorări?	1	#
P3. Aţi făcut baie la internare?	1	0
P4. Aţi fost informat pe înţelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Aţi adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Aţi avut complicaţii post-operatorii?	1	0
P7. Fiolele s-au deschis în faţa dvs.?	1	0
P8. Aţi sesizat orice formă de condiţionare a îngrijirilor de care aţi avut nevoie?	1	0
P9. Aţi simţit nevoia să recompensaţi prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenţie din partea acestuia		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Apreciaţi pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menţionate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatis-făcătoare	2 Parţial nesatis-făcătoare	3 Nesatisfăcător	4 Bună	5 Foarte bună	9 Nu am beneficiat/ nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul şederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9

Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie şi ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condiţiilor de cazare - salon (dotare, facilităţi)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curăţenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

Ţinând cont de toate cele menţionate mai sus vă rugăm să ne spuneţi:
Cât de mulţumit sunteţi/aţi fost?

Foarte nemulţumit	Parţial nemulţumit	Nemulţumit	Parţial mulţumit	Foarte mulţumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveţi nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-aţi întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care ştiţi că este disponibil aici i-aţi recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	**2**	**3**	**4**	**5**

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult? .....
Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuiţi situaţia care vi se aplică)

D1. Sexul
1. Masculin 2. Feminin

D2. Vârsta
1. < 20 de ani 2. 20 - 29 ani 3. 30 - 39 ani 4. 40 - 49 ani
5. 50 - 59 ani 6. 60 - 69 ani 7. 70 ani şi peste

D3. Mediul de rezidenţă
1. Urban 2. Rural

D4. Ultima şcoală absolvită
1. Primară (1 - 4 clase) 2. Gimnazială (5 - 8) 3. Liceu 4. Facultate

D5. Starea civilă
1. Căsătorit 2. Necăsătorit 3. Concubinaj 4. Văduv
5. Divorţat

NOTĂ:

Colectarea informaţiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor Legii nr. 190/2018, cu modificările și completările ulterioare, privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679, precum şi celelalte reglementări din domeniul protecţiei datelor.

ANEXA 49

A. STRUCTURA DE PERSONAL
CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

Nr. crt.	NUME ŞI PRENUME	CNP	Cod parafa (după caz)	Certificat/Autorizaţie de liberă practică eliberat/eliberată de Organizaţia profesională/ Autoritatea competentă, după caz *			Specialitatea **	Atestat de studii complementare		Grad profesional		Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru /zi (interval orar: ora de început- ora de final) ***	Total ore/ săptămâna
				Număr	Data eliberării	Data Expirării ****		Denumirea studiilor	Din DATA	Grad profesional	Din DATA	Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/ PFI,etc.)	Număr contract	Din DATA		

* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidenţa contractului (medici, biologi medicali/biologi, chimişti medicali/chimişti, biochimişti medicali/biochimişti, fizicieni, bioingineri, cercetători ştiinţifici în anatomie-patologică, absolvenţi colegiu imagistică medicală, fiziokinetoterapeuți, kinoterapeuți, psihologi, etc)

** se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi confirmate prin ordin al ministrului

***programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

**** se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor trebuie să fie in concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

B. STRUCTURA DE PERSONAL
PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAŞĂ) - CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

Nr. crt	Nume şi Prenume	CNP	Certificat eliberat de organizaţia profesională			Specialitatea	Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)*	Total ore/săptămâna
			Număr	Data eliberării	Data expirării		Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI,etc.)	Număr contract	Din data		

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.
Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea trebuie să fie în concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

C. STRUCTURA PERSONAL

PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ŞI PRENUME	CNP	Aviz /Atestat de liberă practică		Atestat de studii complementare *		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)**
			Data eliberării	Data expirării	Denumirea studiilor complementare	Din data	Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC)	Număr contract	Din data	

*atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistenţelor medicale unde se solicită
** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:
Programul de lucru al personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea trebuie să fie in concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

D. STRUCTURA PERSONAL

PERSONAL DE SPECIALITATE AL FARMACIEI COMUNITARE (FARMACIŞTI) CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ŞI SĂ FUNCŢIONEZE SUB INCIDENŢA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ŞI PRENUME	CNP	Certificat de liberă practică eliberat de CFR			Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar-ora de început-ora de final)*
			Număr	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM/PFA/PFI, ETC)	Număr contract	Din data	

* programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidenţiază şi sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:
Programul de lucru al farmaciştilor care îşi desfăşoară activitatea trebuie să fie in concordanţă cu programul de lucru declarat pentru sediu lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea şi exactitatea datelor sus menţionate
Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

ANEXA 50
DISPOZIŢII

pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare

ART. 1

Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate se efectuează la nivelul realizat, prin încheiere de acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale, dacă a fost depăşit nivelul contractat.

ART. 2

În centrele de evaluare se acordă următoarele servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru persoanele care îndeplinesc condiţiile prevăzute în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, de către Institutul Naţional de Sănătate Publică, de către unităţile sanitare, precum şi de către serviciile de ambulanţă judeţene şi Serviciul de Ambulanţă Bucureşti-Ilfov şi de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătăţii publice în situaţii de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările şi completările ulterioare, care nu necesită spitalizare continuă:

Nr. Crt.	Denumirea serviciului medical	Serviciile obligatorii	Tarif/ serviciu medical caz*3) -lei-
1	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicaţiei prin Ministerul Sănătăţii*1)	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acţiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanţi /molnupiravir paxlovid sau alte medicamente achiziţionate de Ministerul Sănătăţii şi distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare	215
2	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicaţiei prin Ministerul	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite,	390

	Sănătății*1)-cu investigație CT	numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Computer tomografie torace - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acţiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanţi /molnupiravir paxlovid sau alte medicamente achiziţionate de Ministerul Sănătăţii şi distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare	
3.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin Ministerul Sănătății*1)-cu investigație RX	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări de medicamente - Medicamente cu acţiune antivirală administrate parenteral/oral: anticorpi monoclonali neutralizanţi /molnupiravir paxlovid sau alte medicamente achiziţionate de Ministerul Sănătăţii şi distribuite gratuit la nivelul centrului de evaluare	247

4.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu | asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului *2)- cu investigație CT	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă -Potasiu -Sodiu - Computer tomografie torace - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări -Medicamente cu acţiune antivirală, cu administrare orală achiziţionate la nivelul unităţii sanitare: favipiravir administrat în centrul de evaluare şi eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu	676
5.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu | asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului *2)- cu investigație RX	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Potasiu - Sodiu - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări -Medicamente cu acţiune antivirală, cu administrare orală achiziţionate la nivelul unităţii sanitare: favipiravir	533

		administrat în centrul de evaluare şi eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu	
6.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată, cu asigurarea medicației prin farmacia cu | asigurarea medicației prin farmacia cu circuit închis a spitalului *2)	- Consultaţie medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP - Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Potasiu - Sodiu - EKG - Pulsoximetrie - Administrare de medicamente injectabil/perfuzii/alte tipuri de administrări -Medicamente cu acţiune antivirală, cu administrare orală achiziţionate la nivelul unităţii sanitare: favipiravir administrat în centrul de evaluare şi eliberat pacientului pentru tratament la domiciliu	501
7.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată-fără tratament	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - EKG - Pulsoximetrie	205
8.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată- cu RX- fără tratament	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP	237

		-Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie	
9.	Infectie cu SARS-CoV-2 confirmată- cu CT - fără tratament	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - Computer tomografie torace - EKG - Pulsoximetrie	380
10.	Infecții acute ale căilor respiratorii la copii-fără tratament	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactivă - EKG - Pulsoximetrie	205

11.	Infecţii acute ale căilor respiratorii la copii cu RX-fără tratament	- Consultaţie medicală de specialitate -Hemoleucogramă completă hemoglobină hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari - TGO - TGP -Glicemie -Creatinină serică - Uree serică - Proteina C reactive - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie	237

*1) Tariful serviciului nu cuprinde costul medicamentelor distribuite gratuit de către Ministerul Sănătăţii unităţii sanitare şi transferate în gestiunea centrului de evaluare în baza documentelor justificative prevăzute de legislaţia în vigoare.

*2) Tariful serviciului cuprinde costul medicamentului cu acţiune antivirală directă cu administrare orală (favipiravir) achiziţionat la nivelul unităţii sanitare, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătăţii nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecţiei cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările şi completările ulterioare.

*3) Tariful serviciului medical-caz este aferent unui episod cu infectare cu virusul SARS-CoV-2/persoană.

NOTE:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente serviciilor medicale-caz (cheltuieli de personal, materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, precum şi cheltuieli indirecte, după caz).

2. Administrarea/Eliberarea medicamentelor antivirale pacienţilor în cadrul centrelor de evaluare se face cu respectarea reglementărilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 487/2020, pentru aprobarea protocolului de tratament al infecţiei cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3

Serviciile medicale de spitalizare de zi prevăzute la art. 2 se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii tipului de serviciu medical-caz, prevăzute în tabelul de la art. 2, şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei necesare finalizării serviciului medical.

ART. 4

Regularizarea trimestrială a serviciilor medicale de spitalizare de zi prevăzute la art. 2 se face potrivit prevederilor aplicabile spitalizării de zi, cu precizarea că, pentru centrele de evaluare organizate la nivelul unităţilor sanitare cu paturi care nu au încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate pentru servicii de spitalizare de zi, regularizarea trimestrială se face pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum şi pentru perioada de la data încheierii contractului cu centrul de evaluare şi până la sfârşitul trimestrului respective.

ART. 5

(1) Pentru investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum şi a pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, afecţiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice, prin acte adiţionale.

(2) Efectuarea investigaţiilor paraclinice necesare pacienţilor, în vederea monitorizării afecţiunilor prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigaţiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice ţin evidenţe distincte.

(4) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru monitorizarea pacientului cu COVID-19.

(5) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare şi boli neurologice, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru afecţiunile respective.

ART. 6

Măsurile prevăzute în prezenta anexă se aplică pe toate perioada de aplicabilitate a art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

MONITORUL OFICIAL

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; 012329
C.I.F. RO427282, IBAN: RO55RNCB0082006711100001 BCR
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 DTCPMB (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, www.monitoruloficial.ro

Adresa Centrului pentru relații cu publicul este: șos. Panduri nr. 1, bloc P33, sectorul 5, București; 050651.
Tel. 021.401.00.73, 021.401.00.78, e-mail: concursurifp@ramo.ro, convocariaga@ramo.ro
Pentru publicări, încărcați actele pe site, la: https://www.monitoruloficial.ro, secțiunea Publicări.

5 948493 468462

Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 484 bis/31.V.2023 conține 598 de pagini. Prețul: 603,60 lei **ISSN** 1453—4495

Acest număr al Monitorului Oficial al României a fost tipărit în afara abonamentului.