

CONTRACT-CADRU din 13 mai 2014

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

EMITENT: GUVERNUL

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 366 din 19 mai 2014

Data intrării în vigoare : 1 iunie 2014

CAP. I

Asistența medicală primară

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 1

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

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

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

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

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

Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

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

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

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

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

(9) Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800.

(10) Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate vor funcționa cu minimum un asistent medical/soră medicală/moașă, indiferent de numărul de asigurați înscriși pe listă.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 2

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

a) dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

i) certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală/moașă valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

j) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;

k) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

l) programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru;

m) programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;

n) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

o) declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia; modelul unic de declarație este prevăzut în norme;

p) lista în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 3

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

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii

medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

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

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

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

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

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

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

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

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

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

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

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

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

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

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de

asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

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

ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;

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

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

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

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției 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 ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul

formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul prin scrisoare medicală.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în norme;

ai) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

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

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

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

am) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;

an) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ao) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ART. 4

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

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

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

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

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și 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 și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 5

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în

domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) 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 condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

l) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență. Pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de

asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;

m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz;

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

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

p) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 12 alin. (1)-(3) din hotărâre posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

SECȚIUNEA a 5-a Condiții specifice

ART. 6

(1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, după caz.

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

(3) În cadrul relației contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, potrivit alin. (2), furnizorul de servicii medicale în asistență medicală primară încheie un singur contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, care au autorizație necesară efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografie generală - abdomen și pelvis eliberată de Ministerul Sănătății și Colegiul Medicilor din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen și pelvis - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme.

(5) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act

adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 7

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

ART. 8

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

ART. 9

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

ART. 10

(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenție de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei.

(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane asigurate pe listă stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate, stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 1 alin. (6).

ART. 11

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

(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației prevăzute mai sus se face de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3).

(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 1 alin (3).

(4) Preluarea unui praxis în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (3) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale

ART. 12

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

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

ART. 13

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anii 2014-2015 are următoarea structură:

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

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

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

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

(5) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(6) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, prevăzută la art. 14 lit. a) și b), și se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata per serviciu.

ART. 14

Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 3 luni, de un venit care este format din:

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

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

ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.

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

ART. 16

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

SECȚIUNEA a 7-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

ART. 17

(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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în

cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 3 lit. a)-c), e)-h), j)-u), w), y), aa)-ae), ah), aj), al) și am), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 3 lit. ag), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

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

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

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

ART. 18

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

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

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

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

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

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

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

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

h) 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/cărorora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 3 lit. z), af) și art. 6 alin. (2);

j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 17 alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 17 alin. (3).

ART. 19

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 20 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

ART. 20

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 3 lit. x), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

CAP. II

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 21

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se asigură de medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical, iar pentru acupunctură de către medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare de acupunctură, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare și se acordă, după caz, prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 22

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

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

(3) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizațiilor patronale și sindicale și societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, reprezentative la nivel județean, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de

sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice se ajustează în mod corespunzător.

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

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 23

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 21 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
- g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

j) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;

k) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

l) programul de activitate al cabinetului și punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz;

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

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

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

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor

ART. 24

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru

furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să

recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, de la data la care acestea se implementează;

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

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

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

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

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

s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezenta hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

ș) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

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

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

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

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

formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

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

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

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

ab) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asigurătorilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

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

ad) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

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

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

ah) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia, în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ai) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate/până la data prevăzută în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

ak) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. aj), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

al) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 25

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

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

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

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 26

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

f) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

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

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizat trimestrial, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice și de acupunctură acordate de medici conform specialității clinice și competență/atestat de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în norme;

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

SECȚIUNEA a 5-a Condiții specifice

ART. 27

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, după caz, înregistrat și autorizat furnizorul de servicii medicale, sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și acupunctură au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 30 alin. (2). Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână.

(4) Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate

multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătății și Colegiul Medicilor din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 28

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

ART. 29

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical/sorei medicale este obligatorie.

Pentru un program de lucru săptămânal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical/sorei medicale se poate face în raport cu programul de lucru al cabinetului.

ART. 30

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit art. 22 alin. (3).

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

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor, intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:

a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, respectiv un program sub 35 de ore/săptămână, reprezentantul legal încheie contract pentru servicii medicale, acordate în ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate;

b) pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor lit. a).

(4) Serviciile medicale din specialitățile clinice se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, și conform programărilor pentru serviciile programabile, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 32 alin (3).

(5) Serviciile medicale de acupunctură se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, și conform programărilor.

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

ART. 31

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

ART. 32

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

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

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

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

d) plata prin tarif pe serviciu medical - consultație/caz, exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile de acupunctură. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de reabilitare.

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

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unitățile ambulatorii prevăzute la art. 21 alin. (2), cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (5);

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

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

d) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, numai pentru

persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

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

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

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

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

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

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

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

ART. 33

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

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și

casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în luna următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Valoarea definitivă a unui punct nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

ART. 34

Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familială, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și a serviciilor de acupunctură pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical - consultație/caz, exprimat în lei, se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

SECȚIUNEA a 7-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

ART. 35

(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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. a)-c), e)-h), j)-u), v), x), z), ab)-ae) și ag), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se

diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 24 lit. ak) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 24 lit. ak) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului, respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialitățile clinice a obligației prevăzute la art. 24 lit. af), consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 36

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența 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 situații:

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială și acupunctură, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) 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;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) și la art. 24 lit. aa) și al);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 35 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 35 alin. (3).

ART. 37

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 38 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

ART. 38

Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 24 lit. y), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

CAP. III

Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 39

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de reabilitare medicală trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală se asigură de medici de specialitatea reabilitare medicală, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

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

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

ART. 40

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate reabilitare medicală încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialitatea de reabilitare medicală, confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

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

(3) Comisia prevăzută la alin. (2) se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (2), de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar, la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 41

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 39 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

- g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- h) lista cu tipul și numărul de aparate aflate în dotare;
- i) programul de lucru al furnizorului;
- j) lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;
- k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
- l) certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;
- m) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
- n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;
- o) copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
- p) declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate conform modelului din norme;
- r) lista cu bolnavii cu afecțiuni cronice aflați în evidența proprie;
- s) certificat de liberă practică pentru fiziokinetoterapeuți și kinetoterapeuți, eliberat conform prevederilor legale.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 42

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate reabilitare medicală au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de reabilitare medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
- f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de

sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția eliberându-se în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

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

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

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

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

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în hotărâre și în norme;

r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită numai dacă, în urma interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

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

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

u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

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

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

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

y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

aa) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în norme. Lista cuprinzând afecțiunile ce permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

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

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

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

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

af) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ag) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut

prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ai) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ah), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aj) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;

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

ART. 43

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății au următoarele drepturi:

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

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

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 44

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea

serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii medicale, cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical-consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite prin norme;

l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară

utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în norme;

m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2).

SECȚIUNEA a 5-a
Condiții specifice

ART. 45

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În acest sens, furnizorii de servicii de reabilitare medicală au obligația de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de reabilitare medicală cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, astfel:

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

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

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la 48 alin. (2). Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână.

(4) Medicii de specialitate din specialitatea reabilitare medicală pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate

multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

ART. 46

În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de reabilitare medicală, în condițiile prevăzute în norme.

ART. 47

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical este obligatorie. Pentru un program de lucru săptămânal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical se poate face în raport cu programul de lucru al cabinetului.

ART. 48

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit art. 40 alin. (2) din prezenta anexă.

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

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:

a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, respectiv un program sub 35 de ore/săptămână, reprezentantul legal încheie contract pentru servicii medicale din specialitatea clinică de reabilitare medicală, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu;

b) pentru cabinetele medicale de specialitate, din specialitatea clinică reabilitare medicală din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor lit. a).

(4) Serviciile medicale din specialitatea clinică reabilitare medicală se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, și conform programărilor pentru serviciile programabile, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 50 alin. (1).

SECȚIUNEA a 6-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

ART. 49

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale - zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. Suma contractată se stabilește conform normelor și se defalchează pe trimestre și luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical - consultație/serviciu medical - zi de tratament, exprimate în lei.

(3) Contractarea serviciilor medicale de reabilitare medicală se face din fondul alocat asistenței medicale de reabilitare.

ART. 50

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de reabilitare medicală, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția afecțiunilor care permit prezentarea direct la medicul de reabilitare medicală, stabilite în norme.

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

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

ART. 51

Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicală a sănătății, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de reabilitare medicală și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

SECȚIUNEA a 7-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

ART. 52

(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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a)-c), e-h), j)-u), w), y), aa)-ae), precum și prescrieri de medicamente

cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ai), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din fond aferente prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

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

(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 42 lit. ak) consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 53

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală 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 situații:

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

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

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

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

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

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

h) 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;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. z), aj) și art. 45 alin. (3);

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 52 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 52 alin. (3).

ART. 54

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 55 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

ART. 55

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 41 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 42 lit. x), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.

CAP. IV

Asistența medicală dentară

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 56

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină dentară trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală dentară se asigură de medici dentiști și dentiști, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii;

d) ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

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

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

ART. 57

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

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 58

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii de medicină dentară prevăzuți la art. 56 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România, pentru fiecare medic dentist, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului;

j) documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști;

k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

1) programul de activitate al cabinetului, precum și programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor

ART. 59

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și la persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;

f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și/sau tratate în ambulatoriu;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii

modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

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

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

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

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în hotărâre și în norme;

q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și de a arhiva rezultatul interogării;

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

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

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

t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;

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

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

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

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;

z) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aa) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ac) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ab), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație.

ART. 60

În relațiile 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 însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate

de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 61

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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

SECȚIUNEA a 5-a Condiții specifice

ART. 62

(1) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii de medicină dentară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(2) Fiecare medic de medicină dentară care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 56 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 63

În cadrul asistenței medicale ambulatorii de medicină dentară se acordă servicii medicale de medicină dentară, în condițiile prevăzute în norme.

ART. 64

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

(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitate de medicină dentară, indiferent de forma de organizare, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile prevăzute în pachetele de servicii, care se decontează din fondul alocat asistenței medicale dentare.

(3) Condițiile decontării serviciilor de medicină dentară sunt stabilite prin norme.

(4) Pentru cabinetele medicale de medicină dentară din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate

pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor alin. (2).

ART. 65

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu:

a) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia - numai pentru elevi și studenți - pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar;

b) medicii dentiști, dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar.

(2) Medicii prevăzuți la alin. (1) lit. a) încheie, direct sau prin reprezentantul legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, iar cei prevăzuți la alin. (1) lit. b) încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

SECȚIUNEA a 6-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale de medicină dentară

ART. 66

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical în lei.

(2) Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile privind contractarea și acordarea serviciilor medicale sunt cele prevăzute în hotărâre și în norme, iar tarifele aferente serviciilor de medicină dentară sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentiști pe an se defalcă pe luni și trimestre și se regularizează trimestrial, conform normelor.

SECȚIUNEA a 7-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

ART. 67

(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 sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 59 lit. a)-c), e)-h), j)-t), u), w), y), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea

contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 59 lit. ac) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 59 lit. ac) se constată de casele de asigurări de sănătate, trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(6) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (4) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

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

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

ART. 68

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 situații:

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 își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

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

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

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

g) la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 59 lit. x);

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

j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 67 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 67 alin. (3);

ART. 69

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

a3) încetarea definitivă a activității 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 renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 70 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

ART. 70

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 59 lit. v), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentiști de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație.

CAP. V

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 71

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

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

(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se asigură de medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal și se acordă prin:

- a) laboratoare de investigații medicale paraclinice organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- d) laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale, fără personalitate juridică, și laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;
- e) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 72

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

(2) Numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ și repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilesc de către comisia constituită

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

(3) Comisia prevăzută la alin. (2) se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (2), după caz, de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar, la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune ori investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenței medicale paraclinice.

(5) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale paraclinice în condițiile contractului-cadru și ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenței medicale paraclinice.

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

(7) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte și cu alte case de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (8), cu obligația de a întocmi evidențe distincte și de a raporta distinct serviciile realizate conform contractelor încheiate. Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice. În acest sens, furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în norme.

(8) În situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București. În acest sens, fiecare casă de asigurări de sănătate prezintă spre avizare la Casa Națională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii. Contractele încheiate de casele de asigurări de sănătate cu

furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București încetează sau se modifică în mod corespunzător pentru acele servicii medicale paraclinice din lista avizată, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie ulterior contracte cu furnizori din raza lor administrativ-teritorială.

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

(10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore/zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa.

(11) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii.

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

(13) Serviciile medicale din specialitățile paraclinice se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, și conform programărilor pentru serviciile programabile.

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 73

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevăzuți la art. 71 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme;

i) buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie și imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

j) avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second-hand din dotare;

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali, valabil la data încheierii contractului;

l) certificat de membru al Colegiului Farmaciștilor din România;

m) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști;

n) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

o) programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, programul personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor;

p) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;

q) certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

r) certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală;

s) dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale;

ș) declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, al cărei model este prevăzut în norme;

t) certificat de membru al Ordinului Biochimiștilor, Biologilor, Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor

ART. 74

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- h) să respecte programul de lucru și 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;
- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenței și a dotărilor existente;
- l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare;
- m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugariilor;
- n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- o) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

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

r) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

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

ș) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației;

t) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

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

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

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

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu;

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

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

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

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în norme, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare se stabilesc prin norme;

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedeează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

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

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

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

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

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

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

ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și în norme;

ai) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație 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.

ART. 75

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

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

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

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 76

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

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

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

g) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

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

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

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

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

l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 5-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ART. 77

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat în lei.

(2) Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalchează pe luni și se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele prevăzute în norme.

ART. 78

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice pe baza biletelor de trimitere eliberate, în condițiile stabilite prin norme, de către:

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

b) medicii de specialitate din unitățile ambulatorii, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

d) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică;

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. d) și e), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la lit. d) și e) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială

se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești pentru investigații paraclinice de radiologie dentară.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile respectării prevederilor art. 74 lit. v) și numai în condițiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

ART. 79

Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ART. 80

(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 situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. a)-c), e)-g), i)-r), t), ț), u), w), x), y), ag)-ah) și aj), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

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

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

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

ART. 81

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența 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 situații:

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

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

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

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

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

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

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 80 alin. (1) și (2), precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 80 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 80 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. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 74 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

j) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) și a obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. ș), z), ac)-af);

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la art. 74 lit. aa);

l) 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 și 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 - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) și l) și art. 74 lit. e), f), i) și o) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 82

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 83 alin. (1) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

ART. 83

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. s), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

f) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

CAP. VI

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

ART. 84

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

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

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile/compartimentele care îndeplinesc condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare.

ART. 85

Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice și penitenciarelor-spital pentru care nu este obligatorie condiția menționată anterior. Spitalele de specialitate și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 86

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) lista afecțiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi și care impun internarea în regim de spitalizare continuă prezentată de fiecare furnizor în format electronic și pe suport hârtie;

i) lista medicamentelor - denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, și formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului - prezentată de fiecare furnizor în format electronic și pe suport hârtie;

j) lista investigațiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor și care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic și pe suport hârtie;

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

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

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

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

o) declarația autentică din partea unităților sanitare publice și private cu paturi, prin reprezentantul lor legal, referitoare la asumarea obligațiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către acestea pentru cazurile transferate din public în privat și din privat în public, fie direct, fie prin intermediul unei asigurări;

p) copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului;

q) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice și penitenciarelor-spital; pentru spitalele de specialitate și pentru penitenciarele-spital, documentul privind dovada asigurării continuității asistenței medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale;

r) declarație pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 87 alin. (2);

s) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

ș) documentul prin care se face dovada că spitalul a fost acreditat/a solicitat acreditarea în condițiile legii;

t) declarație pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecțiuni prevăzută la lit. h), precum și că asigură managementul listei de așteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competență al spitalului;

ț) declarație pe propria răspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzătoare spitalizărilor continue evitabile care se transferă pentru tratament în ambulatoriu/spitalizare de zi;

u) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraților, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situațiile prevăzute la art. 98.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a Condiții specifice

ART. 87

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

activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(2) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul a două spitale sau poate acorda servicii medicale spitalicești în cadrul unui spital și într-un centru de sănătate multifuncțional cu personalitate juridică pentru activitatea desfășurată în regim de spitalizare de zi, cu respectarea legislației muncii.

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

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

ART. 88

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

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

ART. 89

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

internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1):

- nașterea;
- urgențele medico-chirurgicale;
- bolile cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;
- internările bolnavilor aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;
- cazurile care au recomandat de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire și transferul interspitalicesc;
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie și administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- situațiile în care pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA;
- administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei.

(3) Pacienții care prezintă un bilet de internare vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

ART. 90

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

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

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

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală

spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;

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

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

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

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

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

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

i) sume pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin hotărâre și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif/caz rezolvat. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de

zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte/tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

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

ART. 91

(1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

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

a) 9% pentru decontarea cazurilor externe prevăzute la art. 100 și pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv regularizări trimestriale, în condițiile prevăzute în norme, după caz;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condițiile stabilite prin norme.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile și drepturile spitalelor

ART. 92

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru

furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;

f) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

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

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

o) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugariilor;

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

q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și în norme;

r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;

s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

t) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada

de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

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

v) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitalicești de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, al cărei quantum este prevăzut în norme;

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

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

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

z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandarea de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

ab) 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 depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: numărul cazurilor programate aflate la

începutul trimestrului, numărul cazurilor programate intrate în cursul trimestrului, numărul cazurilor programate ieșite în cursul trimestrului și numărul cazurilor programate aflate la sfârșitul trimestrului;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

an) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în

contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la lit. ao), toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;

aq) să afișeze pe pagina web a Ministerului Sănătății, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în norme;

ar) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

as) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

aș) să elibereze pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate și cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în norme; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.

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

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

(4) Unitățile sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății au obligația ca în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitățile financiare sau cu implicații financiare, plățile asumate prin angajamente bugetare și legale, precum și alocarea creditelor bugetare, astfel încât până la sfârșitul anului 2014 să prezinte Ministerului Sănătății raportul de audit pentru anul 2013.

(5) Unitățile sanitare publice cu paturi, altele decât cele prevăzute la alin. (4), au obligația ca, în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, să solicite ordonatorului principal de credite efectuarea unui audit public intern pentru activitatea anului 2013.

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

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

ART. 93

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București și casele de asigurări de sănătate în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

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

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

f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 5-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 94

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în

domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

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

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

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

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

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi.

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale spitalicești

ART. 95

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

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

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

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

a) sume aferente Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică

organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezenta hotărâre și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. c), d) și e) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

ART. 96

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

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externe, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății; numărul de cazuri externe se raportează și se validează de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de casele de asigurări de sănătate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b);

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

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

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

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

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de casele de asigurări de sănătate, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, în limita sumei contractate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. h);

i) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezenta hotărâre și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

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

(3) Decontarea cazurilor externe care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme.

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

ART. 97

Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin Programul național cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

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

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

c) transport interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară ori la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță. Pentru transportul interspitalicesc al asiguraților internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, spitalele întocmesc evidența distinctă și raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste servicii, precum și unitatea autorizată care a efectuat aceste servicii, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;

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

ART. 98

(1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate și medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c).

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

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

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate, medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.

ART. 99

(1) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

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

b) pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările bolnavilor aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009

privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

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

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

(3) Categoriile de asigurați scutiți de coplată, prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

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

(5) Spitalele aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) și (4). Nerespectarea acestei obligații conduce la aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 102 alin. (1).

ART. 100

Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la cap. II lit. F pct. 3 din anexa nr. 1 și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

ART. 101

(1) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri, cu condiția ca unitățile nou-înființate să aibă același regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) În cazul reorganizării unei unități sanitare cu paturi, prin excluderea unor structuri și înființarea unei noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, care preia structurile excluse, contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare se modifică în mod corespunzător pentru activitatea din structurile care se exclud din contract. Noua unitate sanitară cu paturi înființată încheie contract cu casa de asigurări de sănătate corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, în

limita sumelor diminuate din contractul unității sanitare cu paturi din cadrul căreia au fost excluse respectivele structuri, cu condiția ca unitatea nou-înființată să aibă același regim juridic de proprietate cu unitatea sanitară cu paturi din cadrul căreia au fost excluse respectivele structuri.

SECȚIUNEA a 7-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, modificare și încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești

ART. 102

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a)-ae), ag)-al), aq)-aș) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

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

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond, aferentă prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

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

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

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

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

ART. 103

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

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

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

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 104

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

CAP. VII

Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 105

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile specializate private trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie autorizate conform prevederilor legale în vigoare;

b) să fie evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului

ART. 106

(1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) lista cu personalul angajat;

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

j) autorizația de funcționare emisă de direcția de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

k) actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară;

l) structura organizatorică avizată, după caz, de Ministerul Sănătății;

m) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural/pe milă parcursă, în condițiile prevăzute prin norme;

n) buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanțelor, după caz, emise conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

ART. 107

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile specializate private, autorizate și evaluate, care acordă consultații de urgență

la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;
- e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
- f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;
- g) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
- h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită;
- j) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- k) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugarilor;
- l) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- m) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- n) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- o) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de

sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

p) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetele de servicii medicale;

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

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

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

ș) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

t) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens.

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

ART. 108

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile specializate private, autorizate și evaluate, care acordă consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

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

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 109

În relațiile contractuale cu unitățile specializate private, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, autorizate și evaluate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data

încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităților medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casa de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

SECȚIUNEA a 5-a

Contractarea și decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat

ART. 110

(1) Reprezentantul legal al unității specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru și/sau cu Casa

Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, înregistrate, autorizate și evaluate.

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

ART. 111

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unitățile specializate private autorizate și evaluate, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitățile de plată sunt:

a) pentru consultațiile de urgență la domiciliu, prin tarif pe solicitare;

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

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

(4) Tariful pentru serviciile de transport sanitar neasistat acordate de unitățile specializate private se negociază între aceștia și casa de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport sanitar neasistat cu toți furnizorii, în condițiile stabilite prin norme.

(5) Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

ART. 112

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

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de suspendare, încetare și reziliere a contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

ART. 113

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la art. 107 atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

(2) La prima constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunară.

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

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

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

ART. 114

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

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

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

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

ART. 115

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

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

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea 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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

ART. 116

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

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

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

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

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

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

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

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

h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 113 alin. (1).

CAP. VIII

Îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 117

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

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

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 118

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;

c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate al/a reprezentantului legal, după caz;

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului;

f) dovada platii la zi a contributiei la Fond pentru asigurari sociale de sanatate, precum si a contributiei pentru concedii si indemnizatii, pentru cei care au aceasta obligatie legala, efectuata conform prevederilor legale in vigoare si care trebuie prezentata casei de asigurari de sanatate pana cel tarziu in ultima zi a perioadei de contractare comunicata de casa de asigurari de sanatate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuală cu casa de asigurari de sanatate;

h) lista cu personalul de specialitate autorizat;

i) lista cu echipamentele si/sau instrumentarul specific aflate in dotare si documentele care atesta modalitatea de detinere a acestora, conform legii;

j) copie de pe actul constitutiv;

k) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

l) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania pentru fiecare medic;

m) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali, valabil la data incheierii contractului;

n) copie a actului doveditor prin care personalul isi exercita profesia la furnizor;

o) copie a actului de identitate pentru medici si asistentii medicali;

p) programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor, care se completeaza pentru fiecare in parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor, depuse in copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" si prin semnatura reprezentantului legal, pe fiecare pagina.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare, precum si in cel de evaluare a furnizorului si existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi depuse la incheierea contractelor, cu exceptia celor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 119

În relațiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele obligatii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurari de sanatate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurari de Sănătate; pentru furnizorii

care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;

f) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

g) să respecte programul de lucru și 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;

h) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților fără nicio discriminare;

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

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

m) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

o) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

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

q) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

r) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi

contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu;

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

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

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

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

u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme;

v) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

w) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 120

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:

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

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

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

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

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 121

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și evaluați, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

SECȚIUNEA a 5-a

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 122

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

ART. 123

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu sunt prevăzute la cap. II lit. H din anexa nr. 1 la hotărâre, iar tarifele se stabilesc prin norme.

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

(3) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul și stadiul afecțiunii pentru care a fost efectuată recomandarea și de nivelul de dependență al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

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

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de reziliere și modificare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 124

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 119 lit. a)-c), e)-o), ș), t) și v) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

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

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

ART. 125

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și 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 situații:

a) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta își 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 autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

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

d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiile fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și 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 recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 124 alin. (1) și (2), pentru fiecare situație;

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 119 lit. q), r), s) și u).

ART. 126

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/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 dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile art. 127 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

ART. 127

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 119 lit. p), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

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

CAP. IX

Asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare în sanatorii și preventorii

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

ART. 128

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

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

(2) Asistența medicală se asigură în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 129

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații, pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

k) declarația pe propria răspundere a managerului că folosește protocoalele terapeutice elaborate și aprobate conform prevederilor legale, după caz;

l) actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz;

m) copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare, după caz.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale

ART. 130

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

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

h) să respecte programul de lucru și 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;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

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

m) să acorde cu prioritate asistență medicală femeilor gravide și sugariilor;

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

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și în norme;

p) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, conform dispozițiilor legale;

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

r) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

ș) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

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

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

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

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

w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

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

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

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

aa) 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 depun la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secție, 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 ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului;

ab) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ac) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația în care medicii

prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

ae) să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la lit. ad), toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

ART. 131

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

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

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

f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 132

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite

ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

g) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situația 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 asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență aceștia;

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.

SECȚIUNEA a 5-a

Decontarea serviciilor medicale

ART. 133

(1) Modalitatea de plată este tariful pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, și în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

(2) În cadrul sumelor negociate și contractate, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare. Trimestrial se fac regularizări, în condițiile stabilite prin norme.

(3) În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme.

ART. 134

Casele de asigurări de sănătate decontează numai contravaloarea serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de modificare și încetarea contractelor de furnizare de servicii medicale

ART. 135

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 130 lit. a)-u) și w)-ac) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

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

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

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

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 130 lit. ae) se reține o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond aferente prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligațiilor de la art. 130 lit. ae) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(4) Reținerea sumelor potrivit alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (2) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

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

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

ART. 136

(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 situații:

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

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

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 137

Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

CAP. X

Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 138

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

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

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

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

(5) În cazul farmaciei aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. Noul deținător al autorizației de funcționare are obligația de a depune în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizației de funcționare de către Ministerul Sănătății toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deținător al autorizației de funcționare cu casa de asigurări de sănătate.

(6) În situația prevăzută la alin. (5), în cazul în care farmacia își mută sediul, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu

data depunerii la casa de asigurări de sănătate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu împreună cu notificarea casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (5).

(7) În cazul în care noul deținător al autorizației de funcționare a farmaciei nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se realizează cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 139

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele pe baza cărora se încheie contractele

ART. 140

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

a) certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;

b) codul unic de înregistrare;

c) contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;

d) dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

g) dovada plății la zi a contribuției la Fond, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

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

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

j) certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România - filiala județeană;

k) program de lucru atât pentru farmacii, cât și pentru oficiile locale de distribuție;

l) lista personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor și durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi și număr de ore/săptămână);

m) autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății;

n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 141

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluați au următoarele obligații:

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

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

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

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

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

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

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - factura și alte documente justificative prevăzute în norme. Sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative

însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

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

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

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

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

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

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

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

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

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

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

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care

medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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

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

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

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile prevăzute la art. 143 lit. c);

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

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

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

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul

la medicamente și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.

ART. 142

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 143

În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

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

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

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

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

f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, cu privire la condițiile de contractare și la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

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

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală

în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

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

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

SECȚIUNEA a 5-a

Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare

ART. 144

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

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

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

(4) Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creșterea accesului asiguraților la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor Organizației Mondiale a Sănătății sau cantitatea de substanță activă, după caz.

(5) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

(6) În situația în care se constată că deținătorul de autorizație de punere pe piață nu a asigurat prezența medicamentelor pe piață conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (5) în maximum 30 de zile de la data comunicării lipsei medicamentelor de pe piață de către instituțiile abilitate sau de la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale.

(7) Denumirile comerciale corespunzătoare medicamentelor biologice, similare unor medicamente biologice de referință, se includ în lista prevăzută la alin. (5) numai după emiterea raportului de sinteză de evaluare a tehnologiilor medicale favorabil, elaborat de structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății și transmis Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(8) Denumirile comerciale corespunzătoare medicamentelor generice care au primit autorizație de punere pe piață, fără a avea medicament originator pe piața din România, se includ în lista prevăzută la alin. (5) numai după emiterea unui

raport de sinteză de evaluare a tehnologiilor medicale favorabil de structurile de specialitate ale Ministerului Sănătății și transmiterea acestuia Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu 10 zile anterior actualizării CANAMED.

(9) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2014-2015 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc de către casa de asigurări de sănătate.

(10) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, ca 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.

ART. 145

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

a) pentru sublistele A și B - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună;

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

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

d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maxim două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente;

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

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

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cazurile în care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum și cazurile în care s-a eliberat o prescripție medicală/maxim două prescripții pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o

altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

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

(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3-7 zile în afecțiuni acute, de până la 8-10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație 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 și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

ART. 146

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

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studențesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrisi în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate

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

SECȚIUNEA a 6-a

Sanctiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor

ART. 147

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

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 141 lit. a)-f), h), j)-x) și z)-ab), se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 141 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care sa înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

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

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

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

ART. 148

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

- a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
- b) dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;
- d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;
- e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică măsurile prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 141 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 141 lit. ac)

(2) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 148 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 141 lit. f), g), r), ț) și v), ac) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 149

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 140 alin. (1) lit. a)-d) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 141 lit. y), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilității/revocării acestuia;

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

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

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuției la Fond de la data constatării acestui fapt de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

ART. 150

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 149 alin. (1) lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

CAP. XI

Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 151

Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale care, în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie avizați de Ministerul Sănătății, conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului

ART. 152

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

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;

c) dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

d) certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătății, și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;

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

f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

h) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru cei care au această obligație legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare și care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;

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

j) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

k) programul de lucru:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l) copie de pe actul constitutiv;

m) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

n) copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECȚIUNEA a 3-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor de dispozitive medicale

ART. 153

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

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

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

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. g), însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății și/sau de declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să emită, în vederea decontării, și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului ori a aparținătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal/codul unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

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

l) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

m) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;

n) să reînnoiască, pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului și dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social lucrativ, cât și pentru punctele de lucru, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

p) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

q) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați.

ART. 154

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora;

b) să fie informați ori de câte ori este nevoie asupra modalității de încheiere a contractelor de furnizare a dispozitivelor medicale, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contribuție personală de la asigurați, în condițiile prevăzute în norme.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 155

În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizați și evaluați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, și să se facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista, în ordine alfabetică, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în norme;

d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ și punctul de lucru pentru informarea asiguratului;

e) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale;

f) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

g) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale;

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

j) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

k) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale.

SECȚIUNEA a 5-a

Decontarea dispozitivelor medicale

ART. 156

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc conform unei metodologii care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Prețurile de referință și sumele de închiriere aplicabile pentru anii 2014-2015 sunt cele prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 188/2013 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Dispozitivele medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.

ART. 157

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui

dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

ART. 158

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 159

(1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie: părinte, soț/soție, fiu/fiică, de către o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau de către reprezentantul legal al asiguratului. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate

în ale cărei evidențe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale, conform modelului prevăzut în norme, sau a biletului de ieșire din spital transmise de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal.

(3) Modul de prescriere, procurare/închiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.

(4) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și evaluate, trebuie să respecte prevederile art. 383 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în relația cu furnizorii de dispozitive medicale.

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

ART. 160

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 153 lit. a)-e), g)-m) și o)-q) se aplică următoarele măsuri:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

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

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

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

ART. 161

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
- c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a

contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 153 lit. n), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestuia.

ART. 162

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;

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

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătății, și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 160 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 163

Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

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

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile art. 161 lit. d), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului și a retragerii avizului de funcționare a furnizorului.

CAP. XII

Dispoziții finale

ART. 164

Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată

în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești și serviciile medicale ambulatorii.

ART. 165

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

ART. 166

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

ART. 167

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai centrelor de sănătate multifuncționale înființate ca unități cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte/acte adiționale de furnizare de servicii medicale cu reprezentanții legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncțional, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

ART. 168

Începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2015. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 169

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anii 2013-2014 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2014-2015. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

ART. 170

(1) Sunt incluse în lista de medicamente - denumiri comerciale - de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care medicamentul respectiv nu este inclus în lista medicamentelor care necesită studii de bioechivalență, conform normelor în vigoare, și a situațiilor în care pentru o anumită denumire comună internațională nu există medicamente care dețin astfel de studii.

(2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin.

(1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru femeile gravide și lăuze.

ART. 171

Pentru furnizorii de servicii medicale se recomandă respectarea ghidurilor și protocoalelor de practică medicală elaborate conform dispozițiilor legale în vigoare.

ART. 172

(1) Este interzisă eliberarea în cadrul cabinetelor medicale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare. În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepția celor prevăzute de legislația în vigoare, reprezentanții Colegiului Farmaciștilor din România au dreptul de a participa la verificările făcute de organele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.

(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situație.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situație, începând cu data la care situația este constatată de către casa de asigurări de sănătate.

(4) Este interzisă eliberarea fără prescripție medicală a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare.

ART. 173

Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceștia, pentru cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare și de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile și de Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.466/2008 pentru aprobarea circuitului informațional al fișei unice de raportare a bolilor transmisibile.

ART. 174

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate în formatul și la termenele prevăzute;

b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

c) să monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală și să afișeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;

d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

e) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale și a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale/zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative decontate pe fiecare asigurat;

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative

privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, și să afișeze lunar pe pagina web informații semnificative în acest sens, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

h) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate;

l) să afișeze pe pagina web proprie toate formularele tipizate, fără regim special, conform modelelor standardizate prevăzute în norme;

m) să organizeze evidența contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au încheiate cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

n) să respecte prevederile Planului național de paturi pentru perioada 2014-2016;

o) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

p) să transmită direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București programul de activitate a furnizorilor de servicii medicale prezentat la contractare, precum și modificările ulterioare;

q) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor și materialelor sanitare în tratamentul ambulatoriu, respectiv dispozitivelor medicale în ambulatoriu, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

r) să afișeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie, pe furnizori, sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale în ambulatoriu.

ART. 175

Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale au

obligatia de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare.

ART. 176

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum si modalitatea de incheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurari de sanatate dintr-o anumita regiune se stabilesc prin norme de la data implementarii acesteia.

ART. 177

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita in termenele de depunere a cererilor insoțite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, sau dupa data semnării contractului/convenției si care impiedică executarea acestuia/acesteia, este considerata forta majora si exonerează de raspundere partea care o invoca. In intelesul prezentului contract-cadru, prin forta majora se intelege: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo. Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora, si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul județ, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore.

ART. 178

Documentele justificative privind raportarea activității realizate se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate.

ART. 179

(1) In vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale, incepand cu data implementării sistemului cardului național de asigurari sociale de sanatate, furnizorii au obligatia de a solicita acest document titularilor acestuia.

(2) Pana la data utilizării de către asigurați si furnizori a cardului național de asigurari sociale de sanatate, dovedirea calității de asigurat se face conform prevederilor legale in vigoare.

ART. 180

In vederea exercitării atribuțiilor si respectării prevederilor art. 16 alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, se constituie, prin ordin comun al ministrului sănătății si al președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, o comisie care prezintă ministrului sănătății si președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate analize referitoare la evoluția serviciilor medicale acordate in sistemul de asigurari sociale de sanatate prin prelucrarea datelor din Platforma informatică din asigurarile de sanatate, ori de cate ori este necesar.
