

GUVERNUL ROMÂNIEI
H O T Ă R Ă R E
pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței
medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
pentru anul 2010

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

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

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

Art. 3. — Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, precum și cele acordate în cadrul programelor naționale de sănătate se acordă în baza contractelor negociate și încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 4. — În domeniul asigurărilor sociale de sănătate Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților. Aceste criterii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

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

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

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

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, precum și pentru cele acordate în cadrul programelor naționale de

sănătate, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

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

Art. 7. — (1) Prevederile prezentei hotărâri intră în vigoare la data de 1 aprilie 2010, dată la care se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 885 din 29 decembrie 2008, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), prevederile art. 14 lit. y) intră în vigoare la data de 1 iulie 2010.

(3) Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale contractate în trimestrul I al anului 2010 prin acte adiționale la contractele încheiate în anul 2009 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii acestora se face din sumele prevăzute pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare, prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010.

PRIM-MINISTRU
EMIL BOC

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae Lucian Duță

București, 31 martie 2010.
Nr. 262.

ANEXĂ

C O N T R A C T - C A D R U
privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de
sănătate pentru anul 2010

CAPITOLUL I
Dispoziții generale

Art. 1. — (1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile prezentului contract-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a prezentului contract-cadru, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, denumite în continuare *norme*.

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

Art. 2. — (1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 3. — (1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, precum și pentru derularea programelor naționale de sănătate, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare, de dispozitive medicale și furnizorii prin care se derulează programele naționale de sănătate depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și

negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu și de necesarul medicamentelor și materialelor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate, în limita fondurilor alocate fiecărui tip de asistență/program/subprogram de sănătate.

Art. 4. — (1) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate au/are obligația să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, precum și a celor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a încheia contracte sau de a deconta unele servicii raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta, cu precizarea temeiului legal care a stat la baza refuzului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data solicitării pentru intrarea în contract, respectiv de la data depunerii documentelor justificative de plată.

(3) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau, după caz, de către instanțele de judecată.

Art. 5. — (1) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate și, după caz, confirmate de Comisia de arbitraj, dacă au existat contestații, sau de către instanțele de judecată, casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu vor/va mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data încetării contractului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a medicului/medicilor și/sau farmacistului/farmacivilor, care desfășoară activitate sub incidența contractului cu casele de asigurări de sănătate/la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte pentru medicul/medicii și/sau farmacistul/farmacivii care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului, cu niciun furnizor, până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data modificării contractului.

(3) La reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractele încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau medicilor/farmacivilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi și nici cu alți furnizori pentru medicul/medicii/farmacistul/farmacivii care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

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

Art. 6. — (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmacivilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România.

(2) Reprezentanții Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmacivilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România participă la efectuarea controlului, în situația în care Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate solicită participarea acestora.

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

(4) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de

către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale.

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

(6) Organizarea și efectuarea controlului programelor naționale de sănătate se realizează conform prevederilor legale în vigoare în acest domeniu.

Art. 7. — (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare *Fond*.

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

Art. 8. — (1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului „de muncă” al accidentului sau a caracterului „profesional” al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

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

Art. 9. — (1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, inclusiv cei prin care se derulează programele naționale de sănătate, cât și unitățile sanitare de medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state 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 au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv cei prin care se derulează programele naționale de sănătate, cât și unitățile sanitare de medicina muncii — boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul comunității, precum și din alte state cu care MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI, PARTEA I, Nr. 207/1.IV.2010 8 România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze

lunar caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

Art. 10. — Atribuțiile ce revin potrivit prezentului contractcadru direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești conform legii.

Art. 11. — (1) Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor, inclusiv cele încheiate cu furnizorii prin care se derulează programele naționale de sănătate, sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.

(2) Documentele care stau la baza decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, a dispozitivelor medicale în ambulatoriu, precum și a celor din cadrul programelor naționale de sănătate se certifică prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor, care răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 12. — În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele prevăzute la art. 13, în termenele stabilite pentru contractare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 13. — (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) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, iar pentru ceilalți furnizori actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze, după caz;
- b) autorizația sanitară de funcționare sau, după caz, raportul de inspecție eliberat de direcția de sănătate publică, prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege; în cazul furnizorilor de servicii medicale de urgență și transport sanitar și a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative se prezintă autorizația de funcționare;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- d) codul de înregistrare fiscală — codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie buletin/carte de identitate), după caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- g) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.
- h) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate solicită și alte documente necesare încheierii contractelor, a căror listă este prevăzută în contractul-cadru și norme.

SECȚIUNEA a 3-a

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

Art. 14. — 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 drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 386/2004;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- 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;
- 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;
- g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;
- h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în Programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;
- i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;
- 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 calendaristice 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 utilizeze formularul de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în lista denumirilor comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu și fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, care se aprobă 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;
- n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului;
- o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
- p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;
- q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în norme;
- s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contractcadru și în norme;
- ș) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;
- t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
- ț) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- u) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;
- v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de

servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ;

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

x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate — bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, 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 aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

y) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 15. — 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 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;

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;

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 fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate.

Art. 16. — 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, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare 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;

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;

d) să informeze 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;

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

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

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

Art. 17. — (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

- a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;
- c) unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;
- g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților și eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraților;
- h) fertilizarea in vitro;
- i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor prevăzute în norme, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant și a cazurilor prevăzute în hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2010;
- j) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap;
- k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;
- l) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;
- m) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie, altele decât cele prevăzute în norme;
- o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;
- p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;
- q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
- r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;
- s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;
- ș) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- t) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică, dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase din structura spitalelor;
- ț) cheltuielile aferente unităților și compartimentelor de primire a urgențelor din cadrul spitalelor cu structuri de urgență, aprobate potrivit dispozițiilor legale, în condițiile art. 93 alin. (5) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

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

SECȚIUNEA a 4-a

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

Art. 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 acestor 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, respectiv de la încetarea valabilității acesteia;
- 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 actele de evidență financiarcontabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;
- g) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș), ț), u) și v), precum

și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 14 lit. b), e), f), g), h), i), k), o), p), q), s) și t);

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract 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 modcorespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) 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.

Art. 20. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) încetarea valabilității autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;
- d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau 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.

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

SECȚIUNEA a 5-a **Condiții speciale**

Art. 21. — (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, în condițiile prevăzute în norme, cu respectarea prevederilor art. 213 alin. (1) lit. c) și d) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat, iar suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale, respectiv coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, stabilite conform prevederilor legale în vigoare, se suportă din bugetele ministerelor și instituțiilor respective.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară — condiții specifice

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

Art. 22. — (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii de familie prin cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

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

(3) Necesarul de medici de familie cu liste, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe localități, avându-se în vedere populația aferentă acestora, pe baza unor criterii stabilite de către comisia 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; criteriile stabilite se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.

(4) Comisia prevăzută la alin. (3) funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, stabilit prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, 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 beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe listele proprii scade timp de 6 luni consecutiv cu mai mult de 20% din numărul minim de persoane înscrise pe lista, stabilit pentru localitatea/zona respectivă de către comisia constituită conform alin. (3), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizării fiecărei situații de scădere a numărului de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale cu mai mult de 20% față de numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru localitatea/zona respectivă de către comisia constituită conform alin. (3). Persoanele înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

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

(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 13, și următoarele documente, după cum urmează:

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

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

(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200.

Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Art. 23. — (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, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, 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, conform alin. (2), furnizorul încheie un singur

contract.

Art. 24. — Pentru realizarea unor servicii adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 25. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, în condițiile prevăzute în norme.

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

Art. 26. — Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscriși pe listă.

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

Art. 27. — 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. 28. — Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă. În cabinetele medicale și/sau în localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie cu listă proprie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

Art. 29. — Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

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

Art. 30. — (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, de un venit care este format din:

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

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

(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale stabilit conform art. 22 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 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale stabilit conform art. 22 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 6 luni, în condițiile art. 22 alin. (6).

Art. 31. — (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 pentru a rămâne 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 și respectarea obligației prevăzute mai sus se fac de către o comisie constituită conform dispozițiilor legale în vigoare.

(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

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

Art. 32. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 14, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

- a) să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;
- b) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; această actualizare nu se referă la calitatea de asigurat; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
- c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris;
- d) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;
- e) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali;
- f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;
- g) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, conform prevederilor legale în vigoare;
- h) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu.
Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum și medicul de medicină a muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model 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;
- i) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicate de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- j) 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;
- k) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare — lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice se stabilesc prin norme;
- l) 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 predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces-verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din contract/convenție.

Procesul-verbal de predare-preluare a documentelor medicale, realizat conform modelului prevăzut în norme, se aduce la cunoștința comisiei constituite conform prevederilor legale în vigoare. Excepție fac situațiile în care titularul cabinetului a decedat, caz în care termenul maxim este de 15 zile calendaristice;

m) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

Art. 33. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 16, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor, rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate 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 acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate, atât *per capita*, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

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

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

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

5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară

Art. 34. — 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-consultație.

Art. 35. — (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 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 unui 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 corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata *per capita* și condițiile în care

acestea se acordă și se stabilesc prin norme.

Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane înscrise pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a punctului *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, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical-consultație, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de 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, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

(2) Fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2010 are următoarea structură:

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

b) 70% pentru plata *per capita* și 30% pentru plata pe serviciu-consultație, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).

Art. 36. — 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, iar regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. 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. 37. — 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.

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

Art. 38. — (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract, precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, 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. 32 lit. h), se diminuează valoarea minimă garantată a punctului *per capita*, respectiv suma stabilită conform art. 30 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 14 lit. b), e), f), g), h), k), o), p), q), s) și t) și la art. 32 lit. a), b), c), d), e), g), k) și m), se diminuează valoarea minimă garantată a punctului *per capita*, respectiv suma stabilită conform art. 30 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, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

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

(4) Recuperarea sumei conform 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.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare

medic de familie.

Art. 39. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării situațiilor prevăzute la art. 18, precum și în următoarele situații:

- a) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 38 alin. (1) și (2) pentru fiecare situație;
- b) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 32 lit. f) și i).

Art. 40. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- c) în cazul în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv cu mai mult de 20% din numărul minim stabilit pe localitate/zonă de către comisia constituită conform art. 22 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

Art. 41. — Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20 alin. (1), precum și de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract, care se află în această situație.