HOTĂRÂRE nr. 521 din 26 mai 2023

pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

EMITENT • GUVERNUL ROMÂNIEI

Publicat în **MONITORUL OFICIAL nr. 466 din 26 mai 2023**

Data intrării în vigoare 01-07-2023

Formă consolidată valabilă la data 18-01-2024

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 01-01-2024 până la data de 18-01-2024

Notă CTCE Forma consolidată a HOTĂRÂRII nr. 521 din 26 mai 2023, publicate în Monitorul Oficial nr. 466 din 26 mai 2023, la data de 18 Ianuarie 2024 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de: HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023; HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023.

Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată, al art. 221 alin. (1) lit. c) şi d) şi al art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articolul 1

(1) Se aprobă pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, care sunt prevăzute în anexa nr. 1.

(2) Se aprobă Contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, prevăzut în anexa nr. 2.

Articolul 2

Anexele nr. 1 şi 2*) fac parte integrantă din prezenta hotărâre.*) Anexele nr. 1 şi 2 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 bis, care se poate achiziţiona de la Centrul pentru relaţii cu publicul din şos. Panduri nr. 1, bloc P33, parter, sectorul 5, Bucureşti.

Articolul 3

La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările şi completările ulterioare, se abrogă.

Articolul 4

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2023.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ
Contrasemnează:
Ministrul sănătăţii,
Alexandru Rafila
p. Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan
Ministrul apărării naţionale,
Angel Tîlvăr
Ministrul muncii şi solidarităţii sociale,
Marius-Constantin Budăi
Ministrul afacerilor interne,
Lucian Nicolae Bode
Ministrul investiţiilor şi proiectelor europene,
Marcel-Ioan Boloş
Ministrul finanţelor,
Adrian Câciu

Bucureşti, 26 mai 2023.

Nr. 521.

Anexa nr. 1

ANEXĂ din 26 mai 2023

cu privire la pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază

Notă

Aprobată prin HOTĂRÂREA nr. 521 din 26 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 din 26 mai 2023.

Notă CTCE Forma consolidată a ANEXEI din 26 mai 2023, publicate în Monitorul Oficial nr. 466 bis din 26 mai 2023, la data de 18 Ianuarie 2024 este realizată prin includerea modificărilor şi completărilor aduse de: HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023; HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023.

Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Pachetele de servicii

Capitolul I
Pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază

A.Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală primară

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

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilactice;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice

1.1.2.1. Consultaţiile în caz de boală acordate la cabinet, pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice se acordă în condiţiile stabilite prin norme, iar pentru consultaţiile acordate la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.1.3. Consultaţiile periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice se realizează pe bază de programare pentru:

a)supravegherea evoluţiei bolii;

b)continuitatea terapiei;

c)screeningul complicaţiilor;

d)educaţia privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultaţiile acordate în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă şi boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

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

a)creşterea şi dezvoltarea;

b)starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c)depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform normelor.

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidenţă a gravidei, supravegherea sarcinii şi urmărirea lăuzei.

Consultaţiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate şi la 4 săptămâni de la naştere se acordă la cabinet şi la domiciliu.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie- fără semne de boală, care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare de boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, recomandare tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a)consilierea femeii privind planificarea familială;

b)evaluarea femeii preconcepţie;

c)indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.6. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.8. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat.

1.2.9. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru boală cronică de rinichi, care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

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

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

1.3.3. Este considerată consultaţie la domiciliu inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.4. Serviciile diagnostice şi terapeutice

1.4.1. Aceste servicii se pot acorda exclusiv persoanelor înscrise pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul persoanei sau la locul solicitării, în cadrul programului de lucru, în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz, şi sunt detaliate în norme.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie conform curriculei de pregătire a medicului; condiţiile acordării şi punctajul aferent se stabilesc prin norme.

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

a)eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

b)eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.

Acestea includ examinarea pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condiţiile stabilite prin norme.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

Administrarea schemei de tratament direct observat - DOT pentru bolnavul TBC confirmat; se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie.

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

Detalierea serviciilor medicale acordate şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

B.Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice

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

1.1. servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;

1.2. supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic;

1.3. consultaţii pentru supravegherea evoluţiei sarcinii şi lăuziei.

1.1. Serviciile medicale - pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate.

1.2. Depistarea bolilor cu potenţial endemoepidemic include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament.

1.3. Consultaţii pentru supravegherea evoluţiei sarcinii şi lăuziei

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de specialitate. NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C.Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistenţa medicală spitalicească

Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă şi de zi şi se acordă în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi sunt prevăzute în norme.

D.Pachetul minimal de servicii medicale pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările ulterioare

2. Transport sanitar neasistat NOTĂ:

Detalierea şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

E.Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicină dentară Pachetul minimal cuprinde următoarele categorii de acte terapeutice:

a)consultaţie;

b)activităţi profilactice;

c)tratamente odontale;

d)tratamentul parodontitelor apicale;

e)tratamentul afecţiunilor parodonţiului;

f)tratamente chirurgicale buco-dentare;

g)tratamente protetice;

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii, formula dentară, serviciile de medicină dentară de urgenţă şi condiţiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

Capitolul II
Pachetul de servicii de bază

A.Pachetul de servicii de bază în asistenţa medicală primară

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

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilactice;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii medicale adiţionale, servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice

1.1.2.1. Consultaţiile în caz de boală acordate la cabinet, pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice se acordă în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.1.3. Consultaţiile periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice se realizează pe bază de programare pentru:

a)supravegherea evoluţiei bolii;

b)continuitatea terapiei;

c)screeningul complicaţiilor;

d)educaţia asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă şi boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

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

a)creşterea şi dezvoltarea;

b)starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c)depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă şi sex, conform normelor.

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidenţă a gravidei, supravegherea sarcinii şi urmărirea lăuzei.

Consultaţiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate şi la 4 săptămâni de la naştere se acordă la cabinet şi la domiciliu.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie - fără semne de boală, care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) evaluarea femeii preconcepţie;

c) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.6. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.8. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat.

1.2.9. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru boală cronică de rinichi, care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

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

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

1.3.3. Este considerată consultaţie la domiciliu inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.4. Serviciile medicale adiţionale, servicii diagnostice şi terapeutice

1.4.1. Aceste servicii se pot acorda exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul asiguratului sau la locul solicitării, în cadrul programului de lucru,-în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz, şi sunt detaliate în norme.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie, astfel:

a) serviciile medicale adiţionale, conform competenţelor dobândite prin parcurgerea unui program educaţional specific, certificat suplimentar, după caz, în condiţiile stabilite prin norme şi în limita sumei contractate conform actului adiţional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice;

b) servicii diagnostice şi terapeutice, conform curriculei de pregătire a medicului, din fondul alocat asistenţei medicale primare; condiţiile acordării şi punctajul aferent se stabilesc prin norme.

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

a) certificate de concediu medical;

b) bilete de trimitere;

c) prescripţii medicale;

d) adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;

e)acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile Legii nr. 272/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

f)adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate şi avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate;

g)eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;

h)eliberarea fişei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap;

i)adeverinţă de încadrare în muncă pentru şomeri beneficiari ai pachetului de bază;

j)eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;

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

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

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

Administrarea schemei de tratament direct observant - DOT pentru bolnavul TBC confirmat; se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

B.Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice

1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;

1.2. servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute, precum şi acutizări ale bolilor cronice;

1.3. servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni cronice;

1.4. depistarea de boli cu potenţial endemoepidemic;

1.5. consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială;

1.6. servicii de îngrijiri paliative;

1.7. servicii diagnostice şi terapeutice;

1.8. serviciile de sănătate conexe actului medical;

1.9. servicii de supraveghere a sarcinii şi lăuziei;

1.10. servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi şi se acordă în ambulatoriul de specialitate clinic.

1.1. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate.

1.2. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute, precum şi acutizări ale bolilor cronice: anamneză, examen clinic, manevre specifice, stabilirea conduitei terapeutice şi/sau recomandare tratament, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretare investigaţii paraclinice, eliberare bilete de trimitere/recomandări/alte acte medicale, după caz

1.2.1. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.3. Servicii medicale curative - consultaţii medicale de specialitate pentru afecţiuni cronice, cuprind: anamneză, examen clinic, manevre specifice, stabilirea conduitei terapeutice şi/sau recomandare tratament, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretare investigaţii paraclinice, eliberare bilete de trimitere/recomandări/alte acte medicale, după caz.

1.3.1. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.4. Depistarea de boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitale de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele

prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiţiei de stagiu de asigurare.

1.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială cuprind:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;

c) evaluarea şi monitorizarea statusului genito-mamar;

d) tratamentul complicaţiilor.

1.6. Serviciile de îngrijiri paliative - consultaţii medicale de îngrijire paliativă

1.7. Serviciile diagnostice şi terapeutice se referă la procedurile diagnostice şi terapeutice care se realizează în ambulatoriul de specialitate, respectiv:

a) proceduri diagnostice simple;

b) proceduri diagnostice de complexitate medie;

c) proceduri diagnostice complexe;

d) proceduri diagnostice de complexitate superioară;

e) proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple;

f) proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe;

g) proceduri terapeutice/tratamente medicale simple;

h) proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie;

i) proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe;

j) tratamente ortopedice medicale;

k) terapii psihiatrice;

l) terapii de genetică medicală.

NOTĂ:

Terapiile psihiatrice şi sfatul genetic pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.8. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie şi psihopedagogie specială - logopezi şi fizioterapeuţi şi pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum şi cu medicii de specialitate cu următoarele specialităţi clinice:

a) neurologie şi neurologie pediatrică;

b) otorinolaringologie;

c) psihiatrie şi psihiatrie pediatrică;

d) reumatologie;

e) ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică;

f) oncologie medicală;

g) diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice;

h) hematologie;

i) nefrologie şi nefrologie pediatrică;

j) oncologie şi hematologie pediatrică;

k) cardiologie;

l) pneumologie;

m) medicină fizică şi de reabilitare;

n) genetică medicală;

j) radioterapie;

p) cardiologie pediatrică;

q) chirurgie cardiovasculară;

r) chirurgie orală şi maxilo-facială;

s) chirurgie pediatrică;

ş) endocrinologie;

t) gastroenterologie pediatrică;

ţ) pediatrie;

u)pneumologie pediatrică.

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a)neurologie şi neurologie pediatrică:

a1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

a2)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

a3)servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

b)otorinolaringologie:

b1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

b2)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

c)psihiatrie şi psihiatrie pediatrică:

c1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

c2)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

c3)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

d)reumatologie:

d1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

d2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

e)ortopedie şi traumatologie şi ortopedie pediatrică: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

f)oncologie medicală:

f1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

f2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

g)diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

h)hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

i)nefrologie şi nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

j)oncologie şi hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

k)cardiologie:

k1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

k2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

l)pneumologie:

l1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

l2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

m)îngrijiri paliative:

m1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie,

m2)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

m3)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

n)medicină fizică şi de reabilitare:

n1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie,

n2)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped,

n3)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

o)genetică medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii;

p)radioterapie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

q)cardiologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

r)chirurgie cardiovasculară: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii;

s)chirurgie orală şi maxilo-facială: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii;

ş)chirurgie pediatrică:

ş1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

ş2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

t)endocrinologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie pentru copii;

ţ)gastroenterologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

u)pediatrie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie.

v)pneumologie pediatrică:

v1)servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

v2)servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme.

NOTĂ:

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie, psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii şi lăuziei

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi şi se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic.

Lista serviciilor, tarifele aferente şi condiţiile de acordare se stabilesc prin norme.

2. Lista specialităţilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate este prevăzută în norme.

3. Servicii de acupunctură - consultaţii, cură de tratament NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C.Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistenţa medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cuprinde proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament. NOTĂ:

Condiţiile acordării serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare, lista afecţiunilor pentru care se pot recomanda proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare acordate în ambulatoriu , perioadele pentru care se pot acorda şi procedurile specifice care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri se stabilesc în norme.

D.Pachetul de servicii medicale de bază pentru medicină dentară Pachetul de servicii medicale de bază cuprinde următoarele categorii de acte terapeutice:

a)consultaţie;

b)tratamente odontale;

c)tratamentul parodontitelor apicale;

d)tratamentul afecţiunilor parodonţiului;

e)tratamente chirurgicale buco-dentare;

f)tratamente protetice;

g)tratamente ortodontice;

h)activităţi profilactice.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază, formula dentară, serviciile de medicină dentară de urgenţă şi condiţiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

E.Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

1. Lista investigaţiilor paraclinice - analize de laborator se referă la următoarele domenii:

1.1. Hematologie

1.2. Biochimie - serică şi urinară

1.3. Imunologie şi imunochimie

1.4. Microbiologie

1.5. Examinări histopatologice, citologice şi imunohistochimice

2. Lista investigaţiilor paraclinice - radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară se referă la următoarele categorii:

2.1. Radiologie - imagistică medicală

2.1.1. Investigaţii convenţionale:

a)investigaţii cu radiaţii ionizante;

b)investigaţii neiradiante.

2.1.2. Investigaţii de înaltă performanţă, inclusiv medicină nucleară NOTĂ:

Condiţiile şi criteriile acordării investigaţiilor paraclinice - analize medicale de laborator, radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară se stabilesc prin norme.

F.Pachetul de servicii medicale de bază pentru asistenţa medicală spitalicească

1. Serviciile spitaliceşti sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare şi paliativ şi cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratament medical şi/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente şi materiale sanitare, dispozitive medicale şi în funcţie de tipul de spitalizare, după caz, cazare şi masă.

2. În funcţie de durata de spitalizare, asistenţa medicală spitalicească se acordă în regim de:

a)spitalizare continuă;

b)spitalizare de zi.

3. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic.

4. Criteriile de internare în spitalizare continuă şi factorii de care trebuie să se ţină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt prevăzute în norme.

5. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic. Spitalizarea de zi este forma de internare prin care se asigură asistenţa medicală de specialitate, curativă şi de recuperare, concentrând într-un număr maxim de 12 ore/vizită (zi), efectuarea de examinări, investigaţii, acte terapeutice realizate sub supraveghere medicală.

6. Criteriile de internare în spitalizare de zi, lista afecţiunilor/diagnosticelor - caz rezolvat medical, lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală, lista serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, precum şi tarifele aferente acestora sunt detaliate în norme.

7. Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectuează în regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat şi/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reacţii adverse sau risc de urgenţă pe timpul efectuării lor sau corelate cu starea de sănătate a pacientului, impunând supraveghere medicală care nu poate fi efectuată în ambulatoriu.

G.Pachetul de servicii medicale de bază pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate şi condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

H.1. Pachet de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază cuprinde:

a)măsurarea parametrilor fiziologici;

b)administrare de medicamente;

c)sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare;

d)alimentarea artificială/alimentarea pasivă/alimentaţie parenterală;

e)clismă cu scop evacuator/terapeutic;

f)spălătură vaginală;

g)manevre terapeutice;

h)îngrijirea plăgilor/escarelor/stomelor/fistulelor/tubului de dren/canulei traheale;

i)aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbţia urinei;

j)kinetoterapie individuală;

k)logopedie individuală;

l)masajul limfedemului;

m)evaluare manuală a fecaloamelor;

n)recoltarea produselor biologice.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi condiţiile acordării acestora se stabilesc în norme.

H.2. Pachet de servicii de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu Pachetul de bază de îngrijiri paliative la domiciliu cuprinde:

1. servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, comunicarea cu pacientul şi familia în vederea asigurării înţelegerii diagnosticului şi prognosticului, elaborarea planului de îngrijiri, educarea şi consilierea pacientului şi familiei în aplicarea planului de îngrijire, susţinerea pacientului şi familiei în luarea deciziilor terapeutice şi de îngrijire, efectuarea de manevre de diagnostic şi terapeutice, prescrierea medicaţiei, aplicarea şi monitorizarea tratamentului farmacologic şi nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activităţi de suport;

2. servicii de îngrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de îngrijire, monitorizarea pacientului - funcţii vitale, vegetative, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate, administrarea de medicamente, metode nefarmacologice de tratament al simptomelor, educarea pacientului, familiei şi a aparţinătorilor privind îngrijirea curentă;

3. servicii de kinetoterapie furnizate de fizioterapeuţi;

4. servicii de asistenţă psihologică furnizate de psiholog.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi condiţiile acordării acestora se stabilesc în norme.

I.Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare, în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare şi preventorii

1. Serviciile de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

1.1. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare acordate în sanatorii balneare se acordă potrivit normelor.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare acordate în sanatorii, altele decât balneare, şi preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade şi

potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.
NOTĂ:

Condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

J.Pachetul de bază pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu Medicamentele de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. NOTĂ:

Condiţiile privind prescrierea şi eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

K.Pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriuPachetul de bază cuprinde următoarele categorii de dispozitive:

1. dispozitive de protezare în domeniul ORL;

2. dispozitivele pentru protezare stomii;

3. dispozitivele pentru retenţie sau/şi incontinenţă urinară;

4. proteze pentru membrul inferior;

5. proteze pentru membrul superior;

6. orteze:

6.1. pentru coloana vertebrală;

6.2. pentru membrul superior;

6.3. pentru membrul inferior;

7. încălţăminte ortopedică;

8. dispozitive pentru deficienţe vizuale;

9. echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;

10. dispozitive pentru terapia cu aerosoli;

11. dispozitive de mers;

12. proteză externă de sân;

13. dispozitive compresive.

NOTĂ:

Detalierea listei dispozitivelor medicale, tipul acestora, termenele de înlocuire şi condiţiile acordării sunt prevăzute în norme.

Capitolul III

Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

A.Asistenţa medicală primară

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 şi pct. 1.2 subpct. 1.2.4, precum şi de cele prevăzute la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, conform normelor.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. II lit. A, conform normelor.

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

B.Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 şi 1.2 şi la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2, conform normelor.

2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B, conform normelor.

3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B sau, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 şi 1.2 conform normelor, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate şi condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

C.Asistenţa medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază, în în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C conform normelor. Furnizorii acordă servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C, conform normelor, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C se acordă numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

D.Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, conform normelor, devenite necesare pe timpul şederii temporare în România.

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

europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D, conform normelor, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, conform normelor şi în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

E.Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor. Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E se acordă numai pe baza biletului de trimitere şi în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

F.Asistenţa medicală spitalicească

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C, precum şi de serviciile medicale de chimioterapie acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti nu solicită bilet de internare.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază în asistenţa medicală spitalicească de serviciile prevăzute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. C sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F se acordă pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

G.Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G, conform normelor.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G, conform normelor.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G, conform normelor, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

H.1.Îngrijiri medicale la domiciliu

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu prevăzut la cap. II lit. H.1.

2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut la cap. II lit. H.1, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

H.2.Îngrijiri paliative la domiciliu

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la cap. II lit. H.2.

2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la cap. II lit. H.2, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

I.Asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

J.Medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condiţiile prevăzute în norme.

2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al

Parlamentului European şi al Consiliului, se acordă medicamente în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condiţiile prevăzute în norme.

3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii se acordă medicamente în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condiţiile prevăzute în norme, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

K. Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condiţiile stabilite prin norme.

2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condiţiile stabilite prin norme şi în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

Anexa nr. 2

CONTRACT-CADRU din 26 mai 2023

care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Notă

Aprobat prin HOTĂRÂREA nr. 521 din 26 mai 2023, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 din 26 mai 2023.

Notă CTCE Forma consolidată a CONTRACTULUI-CADRU din 26 mai 2023, publicat în Monitorul Oficial nr. 466 bis din 26 mai 2023, la data de 1 ianuarie 2024 este realizată prin includerea modificărilor şi completărilor aduse de: HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023; HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023.

Conţinutul acestui act aparţine exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamţ şi nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Capitolul I
Asistenţa medicală primară

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 1

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

a) sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidenţa prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c) sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, numai pentru furnizorii pentru care exista obligaţia acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenţa medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit titlului III din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

(3) Condiţiile acordării şi decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Articolul 2

(1) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât şi pentru mediul rural, precum şi numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul urban cu deficit din punct de vedere al acoperirii cu medici de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară, cu excepţia situaţiei furnizorilor care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, se stabilesc pe unităţi administrativ-teritoriale de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică şi ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. La lucrările comisiei participă cu rol consultativ reprezentanţi ai autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi ai patronatului judeţean al medicilor de familie şi ai asociaţiei profesionale judeţene a medicilor, în condiţiile în care sunt constituite astfel de organizaţii la nivel local.

Necesarul de medici de familie cu liste proprii la nivel judeţean/la nivelul municipiului Bucureşti cuprinde şi numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumită în continuare C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., inclusiv medicii de familie angajaţi ai furnizorilor care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie.

(2) Criteriile pentru stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii, se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

(3) Comisia prevăzută la alin. (1), se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (1) de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

(4)În localităţile 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 excepţia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (1). Pentru aceste zone din mediul urban comisia prevăzută la alin. (1) stabileşte şi numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale.

(5)În cazul în care numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista unui medic de familie într- o unitate administrativ-teritorială urbană, pentru care se solicită încheierea contractului de furnizare de servicii medicale, este sub 800, comisia prevăzută la alin. (1) analizează şi decide asupra încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 3

Numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie care îşi desfăşoară activitatea în cabinete medicale care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie se stabileşte prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale.

Articolul 4

(1) Pentru asigurarea calităţii asistenţei medicale se are în vedere un număr maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie de 2.200.

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

Articolul 5

Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcţionează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moaşă, indiferent de numărul de asiguraţi înscrişi pe listă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei este de minimum o jumătate de normă. În cazul în care medicul are o listă de peste 2.200 de persoane înscrise, programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei este cel corespunzător programului de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 6

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

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze;

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

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

e)dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia cabinetelor medicale individuale şi a societăţilor cu răspundere limitată cu un singur medic angajat;

f)lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

g)programul de activitate al cabinetului şi al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme;

h)lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniţi şi pentru medicii care au fost în relaţie 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, şi 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;

i)certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

j)certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, pentru asistentul medical/sora medicală/moaşa care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

k)lista bolnavilor cu afecţiuni cronice înscrişi pe lista medicului de familie.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătura electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 7

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

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

b)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c)să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

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

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

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

e)să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor,

substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006, cu modificările ulterioare, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

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

g)să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea; să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuţi în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcţionare şi autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

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

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

medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, în limita competenţei medicului prescriptor;

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

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

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

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

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

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

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

s)să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi să recomande investigaţii paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către alţi medici care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală.

În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital.
Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme.
Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.830 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme.

La data de 01-01-2024 sintagma: venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1167 din 21 decembrie 2023

În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital din care să rezulte că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ş) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(e) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

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

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

w) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-

line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

z)să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform normelor. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecţiuni cronice şi vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activităţii, modificările ulterioare privind mişcarea lunară a acestora.

Articolul 8

(1)În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

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

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

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

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

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

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioadă de vacanţă de până la 30 de zile lucrătoare pe an; pentru această perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru persoanele asigurate şi neasigurate înscrise pe listă, precum şi modalitatea de plată per capita şi pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin norme.

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 9

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) să facă publică valoarea garantată a punctului per capita şi pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum şi numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate la

nivel naţional, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita şi pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relaţii contractuale;

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

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

n)să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de casa naţională de asigurări de sănătate;

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

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

Secţiunea a 5-a
Condiţii specifice

Articolul 10

(1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., după caz.

(2) Un medic de familie cu listă proprie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate. Un medic angajat fără listă în cadrul unui cabinet medical individual poate figura ca medic angajat şi în alte cabinete medicale individuale, cu condiţia ca toate cabinetele medicale individuale să fie în contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate.

Articolul 11

Furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa necesară efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografia generală - abdomen şi pelvis, competenţă atestată de Ministerul Sănătăţii şi CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen şi pelvis din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară.

Articolul 12

(1) Persoanele asigurate, precum şi persoanele neasigurate îşi pot schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni în următoarele situaţii:

a)decesul medicului pe lista căruia se află înscrise;

b)medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat;

c)a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se aflau înscrise;

d)persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată îşi schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta;

e)persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată se află în arest preventiv sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv şi/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate, precum şi în situaţia arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului

preventiv, serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce îşi desfăşoară activitatea în cabinetele medicale ale unităţilor penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află persoana, aceasta fiind înscrisă, în această perioadă, pe lista respectivului medic;

f)situaţiile generate de specificul activităţii personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti care se deplasează în interes de serviciu; procedura şi modalitatea de efectuare a schimbării medicului de familie se stabilesc prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale;

g)medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti; la cererea furnizorului de servicii medicale unde medicul şi-a desfăşurat activitatea medicală, persoanele înscrise pe lista medicului sunt transferate, fără a fi necesară utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate, pe lista unui alt medic de familie desemnat de furnizor, urmând ca ulterior persoanele transferate să îşi exprime opţiunea de a rămâne sau nu pe lista acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni.

(2) Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului naţional de asigurări sociale de sănătate şi a cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele asigurate, respectiv pe baza cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele neasigurate, conform modelului şi condiţiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conştiinţă refuză cardul naţional sau pentru persoanele cărora li se va emite card naţional duplicat, precum şi pentru copiii de 0 - 18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

Articolul 13

(1) Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care îşi desfăşoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcţie de condiţiile specifice din zonă, trebuie să asigure minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile şi ore fiind stabilită în funcţie de condiţiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.

(2) Pentru perioadele de absenţă a medicilor de familie, activitatea cabinetului este asigurată în condiţiile prevăzute în norme.

(3) Programul de lucru de minimum 35 de ore/săptămână pentru medicii de familie din sistemul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti se stabileşte pe zile conform condiţiilor specifice acestui sistem şi se reglementează în normele proprii.

(4) Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicii angajaţi ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului, prevăzută la alin. (1).

(5) Prevederile alin. (4) sunt aplicabile şi unităţilor medico-sanitare cu personalitate juridică, care desfăşoară activitate potrivit prevederilor art. 15 din Ordonanţa Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în care îşi desfăşoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.

La data de 18-09-2023 Articolul 13, Sectiunea a 5-a, Capitolul I a fost completat de Punctul 1., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

Articolul 14

(1) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială încheie convenţie de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical şi casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei.

(2) Dacă la sfârşitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban nu a înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listă stabilit potrivit art. 2 alin. (4), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia 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 asigurate înscrise, stabilit potrivit art. 2 alin. (4).

În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni.

(3) Pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, la sfârşitul perioadei de 6 luni, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul şi-a constituit-o până la data încheierii contractului.

(4) Prin excepţie de la prevederile alin. (3), pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul şi-a constituit-o, în situaţia în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depăşeşte venitul calculat conform convenţiei; în caz contrar se prelungeşte durata de valabilitate a convenţiei, în condiţiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populaţia aferentă unităţii administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenţiei. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie.

(5) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condiţiile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi ale prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor şi metodologiei de preluare a activităţii unui praxis existent, preia drepturile şi obligaţiile contractuale în aceleaşi condiţii ca şi deţinătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

(6) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului persoanelor asigurate şi neasigurate cu privire la alegerea medicului de familie, are obligaţia să anunţe persoanele asigurate şi neasigurate prin afişare la cabinet şi prin orice alt mod de comunicare 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. Verificarea respectării obligaţiei de către medicul de familie se face de către casa de asigurări de sănătate.

(7) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării 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 condiţiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenţei medicilor; stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 2 alin. (1).

(8) Preluarea unui praxis în alte condiţii decât cele prevăzute la alin. (6) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înfiinţarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condiţiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

(9)În cazul încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, fişele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie vor fi predate de către medicul respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate cu care s-a aflat în relaţie contractuală. În cazul încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate prin decesul medicului titular de cabinet, fişele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie vor fi predate de către moştenitorii legali ai medicului respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate poate preda fisele medicale, la solicitare, cu proces verbal, către persoanele care solicită propriile fişe. Pentru toate situaţiile anterior menţionate, este obligatorie respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal şi protecţia acestora. Pentru medicii de familie care îşi desfăşoară activitatea în relaţie contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., modalitatea de predare/preluare a fişelor medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie în cazul rezilierii, încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, precum şi în cazul decesului medicului se stabileşte prin Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale în reţeaua sanitară a ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.

Secţiunea a 6-a
Decontarea serviciilor medicale

Articolul 15

(1) Modalităţile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată - per capita;

b) tarif pe serviciu medical.

c) plata pe performanţă.

(2) Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma cuvenită se stabileşte în raport cu numărul de puncte calculat în funcţie de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă şi gen reglementată în norme, număr de puncte ce este ajustat în funcţie de gradul profesional al medicului de familie şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea furnizorului, şi cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale 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 şi condiţiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcţie de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condiţiile prevăzute în norme.

Valoarea garantată a unui punct per capita este unică pe ţară şi se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme şi asigurată pe durata valabilităţii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, astfel:

b1) suma cuvenită pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului de familie se stabileşte în raport cu numărul de puncte corespunzător serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice efectuate şi cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical diagnostic şi terapeutic este prevăzut în norme;

b2) suma cuvenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază se stabileşte în raport cu numărul de puncte, calculat în funcţie de numărul de servicii medicale, ajustat în funcţie de gradul profesional, şi cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

Valoarea garantată a unui punct pe serviciu este unică pe ţară şi se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate anual, după intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme.

c) plata prin tarif pe serviciu medical, pentru furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen şi pelvis din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, în condiţiile stabilite prin norme.

(3) Ţintele în acordarea unor servicii medicale din asistenţa medicală primară, pentru care plata furnizorilor de servicii medicale se poate realiza şi prin plata în funcţie de performanţă, sunt stabilite prin norme.

(4) Plata în funcţie de performanţă se realizează anual, în trimestrul I al anului următor celui pentru care se măsoară gradul de realizare al indicatorilor de performanţă, pentru activitatea realizată începând cu data de 1 ianuarie 2024.

(5) Plata în funcţie de performanţă se acordă medicilor de familie aflaţi în contract cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenţiei;

3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenţiei, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fond destinat plăţii în funcţie de performanţă, într-un procent de 1 % din fondul rezultat ca diferenţă între fondul alocat asistenţei medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la punctele 1-3.

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

a)35% pentru plata per capita;

b)65% pentru plata pe serviciu medical.

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

1. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenţiei;

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenţiei, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

3. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenţei medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 şi sumele prevăzute la pct. 1 şi 2, care se repartizează astfel:

a)35% pentru plata per capita;

b)65% pentru plata pe serviciu medical.

(8) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4);

2. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenţiei;

3. suma destinată plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie în baza convenţiei, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul alocat asistenţei medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv şi sumele prevăzute la pct. 1-3, care se repartizează astfel:

a)35% pentru plata per capita;

b)65% pentru plata pe serviciu medical.

Articolul 16

(1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să ţină evidenţa distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul minimal acordat persoanelor neasigurate la nivelul asistenţei medicale primare.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate este tarif pe serviciu medical.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adiţional cu toţi furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, inclusiv cu medicii nou-veniţi, aflaţi în relaţie contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, care are ca obiect contractarea şi decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate potrivit prevederilor art. 232 alin. (3^1) - (3^4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Actul adiţional se întocmeşte potrivit modelului contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, al cărui model este prevăzut în norme.

(5) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabileşte astfel:

a)suma cuvenită pentru serviciile medicale diagnostice şi terapeutice conform curriculei de pregătire a medicului de familie acordate persoanelor neasigurate se stabileşte în raport cu numărul de puncte corespunzător serviciilor medicale diagnostice şi terapeutice efectuate şi cu

valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical diagnostic şi terapeutic este prevăzut în norme;

b) suma cuvenită pentru celelalte servicii medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale se stabileşte în raport cu numărul de puncte, calculat în funcţie de numărul de servicii medicale, ajustat în funcţie de gradul profesional, şi cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

Valoarea garantată a punctului pe serviciu este cea stabilită potrivit art. 15 alin. (2) lit. b).

(6) Actul adiţional prevăzut la alin. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023, şi poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară.

(7) Actul adiţional prevăzut la alin. (3) se suspendă în situaţia în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeaşi perioadă. Actul adiţional prevăzut la alin. (3) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(8) Furnizorii au obligaţia să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate şi să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale, şi să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

(9) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adiţional la contract/convenţie, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal contractate, efectuate, raportate şi validate.

(10) Medicii nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială care încheie convenţie de furnizare de servicii medicale potrivit art. 14 alin. (1) şi pentru care plata activităţii desfăşurate se face potrivit prevederilor art. 17 au obligaţia să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate, evidenţe care se raportează electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate cu care au încheiat convenţie, lunar, odată cu raportarea activităţii desfăşurate conform convenţiei.

(11) Furnizorii acordă serviciile medicale din pachetul de servicii minimal în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii de bază, cu excepţia serviciilor prevăzute în norme, care pot fi realizate în afara acestuia.

Articolul 17

(1) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din:

a) o sumă reprezentând plata per capita pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi conform structurii pe grupe de vârstă şi gen din listele medicilor de familie, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, prevăzut în norme, se ajustează în raport cu gradul profesional al medicului şi cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea furnizorului;

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

(2) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1), majorat cu 50%.

(3) Prin excepţie de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ- teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, la momentul contractării, beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1), majorat cu 100%, cu respectarea condiţiilor art. 14 alin. (4).

Articolul 18

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu. Regularizarea trimestrială se realizează până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.

(2) Furnizorii vor transmite lunar în format electronic, 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.

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

(4) Consultaţiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraţilor de medicii de familie în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

(5) Prin excepţie, în anul 2023, consultaţiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraţilor de medicii de familie în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

(6) Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 ianuarie a anului în curs, care depăşesc limitele stabilite prin norme, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului în curs.

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

Secţiunea a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Articolul 19

(1)În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract şi/sau nerespectarea prevederilor art. 14 alin. (6), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absenţă a medicului de la program.

b)la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care

acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absenţă a medicului de la program.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) şi z), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 lit. s), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(3)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4)În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i) şi o), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. v), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b)începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

Articolul 20

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

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) - e) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale şi suma corespunzătoare plăţii per capita.

Articolul 21

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 următoarelor situaţii:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

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

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 10 alin. (2);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 19 alin. (1) - (4) pentru oricare situaţie.

Articolul 22

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

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

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 20 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

Capitolul II
Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 23

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

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidenţa prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligaţia acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice se asigură de:

a)medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, precum şi cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical;

b)pentru acupunctură, de către medici care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare de acupunctură, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în această activitate şi încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare;

c)pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:

1. medici de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină de familie care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii şi care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialităţii, cât şi a competenţei;

2. medici de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii care lucrează exclusiv în această activitate şi încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare.

(3) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, se acordă, după caz, prin:

a)cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b)unităţi medico-sanitare cu personalitate juridică înfiinţate potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c)unităţi sanitare ambulatorii de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

d)ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;

e)unităţi sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

f)centre de diagnostic şi tratament, centre medicale şi centre de sănătate multifuncţionale - unităţi medicale cu personalitate juridică;

g)cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispoziţiilor legale în vigoare;

h)societăţi de turism balnear şi de medicină fizică şi de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care

îndeplinesc condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 143/2003.

Articolul 24

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialităţi clinice, inclusiv cu medici cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, respectiv atestat/competenţă. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi poate acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situaţia în care un medic are o specialitate/mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, cât şi supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţii/specialităţilor respective şi servicii de îngrijiri paliative, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

(2) Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, precum şi cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi medici care au obţinut competenţă/atestat de studii complementare de planificare familială, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în aceste activităţi, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.

(3) Cabinetele medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialităţi clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie şi medici de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, cu supraspecializare/competenţă/atestat de îngrijiri paliative certificate de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în aceste activităţi, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

(4) Numărul necesar de medici de specialitate şi numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu pe judeţe, pentru care se încheie contractul, se stabileşte de către comisia formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor şi ai direcţiilor de sănătate publică, respectiv ai direcţiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. Comisia stabileşte numărul necesar de medici şi numărul necesar de norme. Pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu prin normă se înţelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi şi, 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 specialităţile clinice, respectiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanţi ai organizaţiilor patronale şi sindicale şi ai societăţilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu reprezentative la nivel judeţean, în condiţiile în care sunt constituite astfel de organizaţii la nivel local.

(5) Comisia prevăzută la alin. (4) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (4), de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar, la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

(6) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, raportează serviciile conexe efectuate de aceştia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective. Serviciile publice de sănătate conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare şi, după caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea şi exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum şi pentru înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Fizioterapeuţilor din România, cu modificările ulterioare, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(7) Serviciile medicale în scop diagnostic - caz se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu furnizorii care încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi care îndeplinesc suplimentar următoarele condiţii de eligibilitate:

a)au organizat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât şi structura de spitalizare de zi în aceeaşi specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiţie este obligatorie pentru toţi furnizorii care contractează acest tip de servicii;

b)au încheiat contract cu laboratoarele de referinţă stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 964/2022 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică, cu modificările şi completările ulterioare sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigaţii medicale paraclinice, în condiţiile prevăzute în norme;

c)furnizorul are în structură maternitate aprobată prin Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităţilor spitaliceşti, a secţiilor şi compartimentelor de obstetrică-ginecologie şi neonatologie, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în norme.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 25

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuţi la art. 23 alin. (3) şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze;

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

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

e)dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia cabinetelor medicale individuale şi societăţilor cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;

f)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

g)programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz, conform modelului prevăzut în norme;

h)actul doveditor privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare şi, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuţi, se va solicita şi autorizaţie de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare şi documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz;

i)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într- o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

j)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moaşa care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

k)copie după structura avizată/aprobată conform reglementărilor în vigoare, pentru unitatea sanitară ambulatorie.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

(5) Furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate şi pentru furnizarea de servicii medicale în scop diagnostic - caz, la contractare, vor transmite pe lângă documentele prevăzute la alin. (1) următoarele documente, după caz:

a)copie a contractului încheiat cu un laborator de referinţă dintre cele prevăzute în Ordinul ministrului sănătăţii privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în vigoare;

b)copie după structura aprobată/avizată conform prevederilor legale în vigoare, din care să rezulte că furnizorul are în structură laborator de investigaţii medicale paraclinice;

c)copie după structura aprobată/avizată a furnizorului, din care să rezulte că are în structură maternitate, precum şi documentul de clasificare al maternităţii.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 26

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu şi acupunctură, au următoarele obligaţii:

a) să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale diagnostice - caz; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicul medicul cu supraspecializare/atestat/competenţă de îngrijiri paliative eliberează scrisoare medicală pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

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

În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum şi formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de

performanţă al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuţi în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 253/2018, cu modificările şi completările ulterioare;

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

e)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

i)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

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

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

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

m)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n)să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare

familială, precum şi a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, se stabileşte prin norme. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

o)să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru alte specialităţi clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;

p)să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului;

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

r)să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

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

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

t)să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi

acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

v)să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

w)să respecte prevederile art. 159, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

x)să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală,după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei;

y)medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare la întocmirea planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare să recomande maximum 4 proceduri.

Articolul 27

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

a)să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispoziţiile art. 223 şi art. 337 alin. (2^1), (3) şi (4) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

b)să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative,

prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

d)pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate iar consultaţia respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în condiţiile art. 35 alin. (3) şi (4);

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

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 28

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru acupunctură şi îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, precum şi lista furnizorilor de servicii medicale ce sunt în relaţii contractuale cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical şi să actualizeze permanent aceste liste în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

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

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

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

e)să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f)să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi

din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

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

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

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

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

k)să facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronică a acestora, precum şi numărul total de puncte realizat trimestrial la nivel naţional, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de specialitate, respectiv medic cu supraspecializare/atestat/competenţă de studii complementare în îngrijiri paliative, precum şi sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relaţii contractuale;

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

m)să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialităţii clinice şi supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în norme;

n)să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical şi tarif pe serviciu medical consultaţie/caz, în condiţiile stabilite prin norme;

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

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

q)să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159.

Secţiunea a 5-a
Condiţii specifice

Articolul 29

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, după caz, înregistrat şi autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu, au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 23 alin. (3) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-şi majora programul de activitate în condiţiile prevăzute la art. 32 alin. (2). Excepţie fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăşi 17,5 ore/săptămână. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înţelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, pot desfăşura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi 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 multifuncţional, programul de lucru al medicilor şi repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislaţiei muncii, de medicul-şef al centrului de sănătate multifuncţional, aprobate de managerul spitalului şi afişate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, care au autorizaţiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătăţii şi CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile stabilite prin norme.

(6) Serviciile medicale în scop diagnostic - caz se contractează de către furnizori numai în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice.

(7) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice contractează serviciile medicale în scop diagnostic - caz în cadrul programului cabinetului, în condiţiile stabilite în norme.

Articolul 30

În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 31

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcţionează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moaşă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei acoperă minimum jumătate din programul de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 32

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, indiferent de forma de organizare, îşi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor în care pentru anumite specialităţi există localităţi/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită potrivit art. 24 alin. (4) pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână şi mai puţin de 5 zile pe săptămână.

(2)În situaţia 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 situaţia în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor şi în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică din structura spitalelor, pot intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru un program de minimum 35 de ore/săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână sau pentru un program sub 35 de ore/săptămână şi mai puţin de 5 zile pe săptămână. Reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalului şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, iar serviciile medicale sunt decontate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate.

Secţiunea a 6-a
Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

Articolul 33

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu medical în scop diagnostic-caz şi tariful pe serviciu medical - consultaţie/caz, exprimat în lei.

Articolul 34

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

a)plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialităţile clinice, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor şi de valoarea garantată a punctului, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Valoarea garantată a punctului este unică pe ţară, se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, fiind stabilită în norme;

b)plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de sănătate conexe actului medical, contractate şi raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi de valoarea garantată a punctului, în condiţiile prevăzute în norme. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii pentru specialităţile clinice. Numărul de puncte aferente fiecărui serviciu de sănătate conex actului medical şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în norme;

c)plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de planificare familială, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi de valoarea garantată a punctului, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme;

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

e)plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de îngrijiri paliative în ambulatoriu, stabilită în funcţie de numărul de puncte corespunzătoare consultaţiilor şi de valoarea garantată a punctului, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent consultaţiei şi condiţiile de acordare se stabilesc în norme;

f)plata prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, stabilit prin norme. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

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

a)medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unităţile ambulatorii prevăzute la art. 23 alin. (3), cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (5);

b)medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti, numai pentru elevi/studenţi, în condiţiile prevăzute în norme;

c)medicii din cabinetele medicale de unitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale;

d)medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, numai pentru persoanele asistate în aceste instituţii şi numai în condiţiile în care aceste persoane nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e)medicii care acordă asistenţă medicală din direcţiile generale de asistenţă socială şi protecţia copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială în condiţiile legii şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

f)medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

g)medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi; medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h)medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

i)medicii din unităţile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Naţional de Supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi clinice.

(3) Fac excepţie de la prevederile alin. (2) urgenţele şi afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, prevăzute în norme, serviciile de planificare familială, precum şi serviciile medicale în scop diagnostic - caz, prevăzute la art. 29 alin. (6).

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. b), d) - f), i) casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevăzuţi la alin. (2) lit. b), d) - g) şi h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

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

Articolul 35

(1) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice la nivel naţional, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4).

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia 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 şi 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 garantată pentru un punct, unică pe ţară şi prevăzută în norme. Regularizarea

trimestrială se face până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.

(3) Consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

(4) Prin excepţie, în anul 2023, consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 36

Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familială şi a serviciilor de îngrijire paliativă în ambulatoriu se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere şi serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

Secţiunea a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

Articolul 37

(1)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b)la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care sau produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 26 lit. a), c), d), g), i), j) - l), o) - s), u) şi v), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(3)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriul de specialitate, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 26 lit. f), h) şi m), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situaţii.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 26 lit. ş), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b)începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 26 lit. ş) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 26 lit. y) se reţine contravaloarea consultaţiei.

(8)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) şi (8) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu

confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5), (7) şi (8), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(11) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) şi (8) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(12) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5), (7) şi (8) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 38

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) lit. b) - e) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură şi pentru serviciile prevăzute la art. 29 alin. (6) se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

Articolul 39

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

d)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

e)refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială, acupunctură şi de îngrijiri paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar- contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi a documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

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

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

h)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 29 alin. (3);

i)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 37 alin. (1) - (4).

Articolul 40

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

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

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

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

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

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

a5)medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al CMR;

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 38 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul III
Asistenţa medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 41

(1)În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidenţa prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligaţia acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 42 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenţa medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare se asigură cu personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, şi se acordă prin:

a)cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b)unităţi sanitare ambulatorii de medicină fizică şi de reabilitare, inclusiv cele aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

c)societăţi de turism balnear şi de medicină fizică şi de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care îndeplinesc condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 143/2003;

d)ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenţei a cel puţin unui fizioterapeut care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate de către furnizorii prevăzuţi la alin. (2), în baza structurilor funcţionale autorizate.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 42

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuţi la art. 41 alin. (2) şi casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz - pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze;

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

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

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

f)lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;

g)programul de lucru al furnizorului/al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme;

h)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

i)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

j)autorizaţie de liberă practică pentru fizioterapeuţi şi aviz anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Planurile de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberate de medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea, cu condiţia ca procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare recomandate să se regăsească în pachetul de bază.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 43

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au următoarele obligaţii:

a)să informeze asiguraţii cu privire la:

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

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

c)să ţină evidenţa serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata serviciului, prin completarea unei fişe de tratament întocmite conform recomandărilor din planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică şi de reabilitare;

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

e)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru să fie acoperit fizioterapeut/fizioterapeuţi care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv;

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

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

h)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi prevederile ulterioare;

i)să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

k)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond;

l)să acorde servicii de medicină fizică şi de reabilitare asiguraţilor numai pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme; să nu acorde servicii de asistenţă medicală de medicină fizică şi de reabilitare asiguraţilor în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordă servicii medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale

cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

m)să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul online pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

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

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

p)să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

q)să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificaţiilor tehnice.

Articolul 44

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au următoarele drepturi:

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

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

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

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

e)să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme;

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 45

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu , casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

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

k)să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;

l)să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condiţiile stabilite prin norme;

m)să deconteze serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică şi de reabilitare aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

n)să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

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

p)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Condiţii specifice

Articolul 46

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ- teritorială îşi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate şi autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

Articolul 47

Serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se acordă în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 48

(1) Furnizorul îşi stabileşte programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate;

(2)În situaţia în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

Secţiunea a 6-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare

Articolul 49

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare din în ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Suma contractată se stabileşte conform normelor şi se defalcă pe trimestre şi luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu este tariful pe zi de tratament, exprimat în lei.

(3) Contractarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare se face din fondul alocat asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare.

Articolul 50

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin norme, numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică şi de reabilitare aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 51

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

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asiguraţii, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplăţii este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(3) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi cu documente şi/sau, după caz, cu declaraţie pe propria răspundere că îndeplinesc condiţiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

Secţiunea a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare

Articolul 52

(1)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 43 lit. a), c), d), g), i), j), m) şi p) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 43 lit. f), h) şi k) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(5) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(6)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor

medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deţine acest document.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), (6) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) şi (7), se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4), (6) şi (7), se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 53

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 42 alin. (1) lit. b) - e), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

b)în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului; imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/certificat de membru OAMGMAMR nu este

avizată/avizat pe perioada cât personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situaţii care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. f) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

Articolul 54

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a personalului medico- sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a fizioterapeutului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;

h) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 52 alin. (1) - (4).

Articolul 55

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

a1) furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

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

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

a5)medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al CMR;

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 53 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/re tragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul IV
Asistenţa medicală dentară

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 56

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

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidenţa prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligaţia acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenţa medicală dentară se asigură de medici dentişti/medici stomatologi şi dentişti, împreună cu alt personal, de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, şi se acordă prin:

a)cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b)unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c)unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii;

d)ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;

e)centre de sănătate multifuncţionale, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv cele aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

f)centre de diagnostic şi tratament şi centre medicale - unităţi medicale cu personalitate juridică.

Articolul 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 îşi are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., după caz, în condiţiile stabilite prin norme.

(2) Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizaţiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătăţii, Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare şi Colegiul Medicilor Stomatologi din România - denumit în continuare CMSR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare, panoramice şi tomografii dentare CBCT din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condiţiile stabilite prin norme.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 58

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

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, - pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze;

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

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

e)dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepţia cabinetelor medicale individuale şi societăţilor cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;

f)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

g)programul de activitate al cabinetului/punctului/punctelor de lucru secundare, conform modelului prevăzut în norme;

h)certificat de membru al CMSR, pentru fiecare medic stomatolog/dentist care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

i)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii stomatologi, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor

Articolul 59

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

a)să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare şi partea de contribuţie personală suportată de asigurat; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

c)să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul stomatolog/dentistul eliberează scrisoare medicală pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

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

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

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

de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

h)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

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

k)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

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

m)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

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

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

q)să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie prin serviciul on-line pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

t)să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

Articolul 60

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

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

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

c)să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre tariful serviciului medical prevăzut în norme şi suma decontată de casele de asigurări de sănătate corespunzătoare aplicării procentului de compensare la tariful serviciului medical, conform normelor;

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

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

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

g)să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la valoarea de contract stabilită în contractual încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin afişare într-un loc vizibil.

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 61

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

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

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

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

e)să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2) furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

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

k)să contracteze şi să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară, radiografie panoramică şi tomografie dentară CBCT), numai dacă medicii stomatologi au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

n)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii de medicină dentară cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Condiţii specifice

Articolul 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 asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă 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) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 63

În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de medicină dentară se acordă servicii medicale de medicină dentară în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 64

(1) Cabinetele de medicină dentară îşi stabilesc programul zilnic de activitate, minim 5 zile pe săptămână, în funcţie 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 specialitatea 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 asistenţei medicale dentare.

(3) Condiţiile 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 şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor alin. (2).

Articolul 65

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

a)medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia - numai pentru elevi şi studenţi - pentru investigaţii medicale de radiologie dentară şi pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar;

b)medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigaţii medicale de radiologie dentară şi pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Medicii prevăzuţi la alin. (1) lit. a) încheie, direct sau prin reprezentantul legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, iar cei prevăzuţi la alin. (1) lit. b) încheie convenţie cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

Secţiunea a 6-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de medicină dentară

Articolul 66

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

(2) Suma cuvenită se stabileşte în funcţie de numărul de servicii medicale şi de tarifele aferente acestora. Condiţiile privind contractarea şi acordarea serviciilor medicale sunt cele prevăzute în prezenta hotărâre şi în norme, iar tarifele aferente serviciilor de medicină dentară sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentişti pe an se defalcă pe luni şi trimestre şi se regularizează conform normelor.

Secţiunea a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

Articolul 67

(1)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 59 lit. a), c), d), g), i)-l), n), o), q), ş) şi t), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice - radiografii dentare care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 59 lit. f), h) şi m), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 59 lit. p), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b)începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 59 lit. p) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are

contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor, care va verifica şi, după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1)-(5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 68

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

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. b) - e), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncţionale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de

sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMSR/membru al OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de medicină dentară.

Articolul 69

Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

d)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

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

f)la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 67 alin. (1) - (4).

Articolul 70

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

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

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

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

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

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

a5)medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al CMSR;

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 68 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul V
Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 71

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

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale;

c)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare - pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol în termenele stabilite pentru contractare.

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

a)laboratoare de investigaţii medicale paraclinice organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b)unităţi medico-sanitare cu personalitate juridică înfiinţate conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c)unităţi sanitare ambulatorii de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

d)laboratoarele din centrele de sănătate multifuncţionale, fără personalitate juridică, şi laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;

e)centre de diagnostic şi tratament, centre medicale şi centre de sănătate multifuncţionale - unităţi medicale cu personalitate juridică.

Articolul 72

(1) Furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii pe care îi reprezintă, în baza specialităţii obţinute de către aceştia şi confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care furnizorul este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător.

(2) 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 asociaţiune în participaţiune ori investiţională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii - investigaţii medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenţei medicale paraclinice.

(3) Pentru laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează serviciile medicale paraclinice în condiţiile contractului-cadru şi ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenţei medicale paraclinice.

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

(5) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate şi autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Prin punct de lucru nu se înţelege 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.

(6) Pentru laboratoarele de investigaţii 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 multifuncţional fără personalitate juridică, în condiţiile prevăzute în norme.

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator îşi 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 lor, cu excepţia laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura lor, pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară îşi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie- imagistică medicală şi medicină nucleară/laborator de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară organizat ca punct de lucru din structura lor. În situaţia în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat şi avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia îşi desfăşoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

(8) Fiecare medic de specialitate din specialităţile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-şi majora programul de activitate în condiţiile prevăzute la alin. (10). Excepţie fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislaţia muncii. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înţelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(9) Medicii de specialitate din specialităţile paraclinice pot desfăşura activitate în laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu şi în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(10)În situaţia 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, cu excepţia medicilor cu specialitatea anatomie patologică, radiologie- imagistică medicală, medicină nucleară care pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 15 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situaţia în care

programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 73

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

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)

1. dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală;

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligaţie şi au optat să se acrediteze;

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

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

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

f)documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme;

g)buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, emis de Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, denumită în continuare ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz;

h)avizul de utilizare, emis de ANMDMR, pentru aparatura second-hand din dotare;

i)lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

j)programul de activitate al laboratorului/punctului/punctelor de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, conform modelului prevăzut în norme;

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

l)certificat în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară;

m)dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale;

n)lista asumată prin semnătură electronică cu punctele externe de recoltare/punctele mobile de recoltare care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi autorizaţia sanitară de funcţionare separată pentru fiecare punct extern de recoltare/punct de recoltare mobil din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale

paraclinice - analize de laborator care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

o)autorizaţia pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare;

p)documentele privind deţinerea mijloacelor de transport auto individualizate şi care sunt utilizate numai pentru activitatea prevăzută la lit. o);

q)lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într- o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

s)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

ş)certificatul de membru al Ordinului Biochimiştilor, Biologilor, Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist medical care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

t)certificatul de membru al Colegiului Farmaciştilor din România, pentru farmacişti, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor

Articolul 74

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice au următoarele obligaţii:

a)să informeze asiguraţii cu privire la:

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

2. pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

c)să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului, să acorde asiguraţilor serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1)

lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

g)să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2. din Anexa 1 la prezenta hotărâre, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

i)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigaţiei;

j)să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului;

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

l)să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

m)să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale

programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.

Furnizorul efectuează investigaţii paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală medicul care l-a eliberat;

n)să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

o)să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro şi au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică lunară corectă şi actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

p)să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, conform specificaţiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SR EN ISO 15189;

q)să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor paraclinice din norme.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligaţia îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerinţelor pentru calitate şi competenţă cât şi participarea la schemele de testare a competenţei - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigaţiilor paraclinice prevăzute în norme, cu condiţia ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerinţelor pentru calitate şi competenţă cât şi participarea la schemele de testare a competenţei să aibă în vedere investigaţii paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

r)să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi şi toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relaţie contractuală, cât şi în afara relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziţia organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fişe de evidenţă reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum şi ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între numărul şi tipul investigaţiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi/consumabile achiziţionaţi(te) conform facturilor şi utilizaţi(te) în efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

s)să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat şi prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară

într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezenţa, pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obţinut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016 sau a unui medic/a unor medici care au obţinut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceştia au cel puţin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecţionare aplicativă, pentru laboratoarele de microbiologie organizate în structuri distincte; să asigure prezenţa unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat şi prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă/zi, respectiv 6 ore;

La data de 18-09-2023 Litera s), Articolul 74, Sectiunea a 3-a, Capitolul V a fost modificată de Punctul 2., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

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

t)să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi intervalele biologice de referinţă ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

ţ)să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile prevăzute în norme, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

u)să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

x)să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

y)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

z)să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de

bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aa)să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal şi patologic, care să dovedească efectuarea şi validarea acestuia în conformitate cu cerinţele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

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

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

Articolul 75

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice au următoarele drepturi:

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

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

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

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

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 76

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile şi punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afişate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

e)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

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

k)să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialităţile clinice care au încheiate acte adiţionale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;

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

m)să deconteze investigaţiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relaţie contractuală, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul şi indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

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

p)să aducă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigaţii medicale paraclinice se află în relaţie contractuală situaţiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigaţii medicale paraclinice, în vederea aplicării sancţiunilor prevăzute de prezentul contract-cadru, după caz;

q)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

Articolul 77

(1) Condiţiile contractării şi condiţiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate se au în vedere criteriile privind repartizarea sumelor prevăzute în norme.

(2) Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalcă pe trimestre şi luni şi se regularizează conform normelor.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează servicii medicale paraclinice în condiţiile stabilite prin norme.

(5) Pentru serviciile medicale paraclinice, recomandate de medicii de familie în cadrul consultaţiilor preventive din pachetul de bază, precum şi pentru analizele şi investigaţiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie şi medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultaţiilor de monitorizare a evoluţiei sarcinii, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiţionale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenţei medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi paraclinice. Pentru serviciile medicale paraclinice menţionate, furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activităţii în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

La data de 18-09-2023 Alineatul (5), Articolul 77, Sectiunea a 5-a, Capitolul V a fost modificat de Punctul 3., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

Notă

Conform articolului III din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023, prevederile art. 77 alin. (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel cum au fost modificate prin prezenta hotărâre, sunt aplicabile şi pentru serviciile medicale paraclinice acordate în luna septembrie, a căror raportare în vederea decontării se face începând cu luna octombrie a anului 2023.

Articolul 78

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

a)medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

b)medicii de specialitate din unităţile ambulatorii, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

c)medicii din cabinetele medicale de unitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale, şi autorităţii judecătoreşti aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

d)medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi, medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară, panoramică şi tomografie dentară CBCT;

e)medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. d) şi e), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru investigaţii medicale paraclinice. Medicii prevăzuţi la lit. d) şi e) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru investigaţii 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 asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

Articolul 79

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia 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 şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

Articolul 80

(1)În cazul în care perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

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

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 74 lit. a), c), f), g), h), j), k), l), n) - p), v), w), ac) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 74 lit. m) şi/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui

procent de 10% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4)În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 74 lit. e), i) şi y) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(5) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) -(4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(6)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7)În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deţine acest document.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1)-(4), (6) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), (6) şi (7) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4), (6) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Articolul 81

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

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) şi l) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora - pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) şi l);

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 90 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual până la încetarea suspendării acestei calităţi/exerciţiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

e)în situaţia în care casa de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor;

f)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

g)la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situaţii de absenţă a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului.

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

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigaţii medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situaţia în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

Articolul 82

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

d)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

e)refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

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

g)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 80 alin. (1) - (4). Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancţiunilor prevăzute la art. 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 aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

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

i)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 72 alin. (8) şi a celor prevăzute la art. 74 lit. q), ş) - u);

j)refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menţionate la art. 74 lit. r);

k)furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, situaţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g) şi k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 74 lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 83

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

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

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

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

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

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

a5)medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al CMR;

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 81 alin. (1) lit. a) - cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

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

Capitolul VI
Servicii medicale în unităţi sanitare cu paturi

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate în asistenţa medicală spitalicească

Articolul 84

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

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt acreditaţi sau sunt înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi celor ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 86 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Spitalele au obligaţia să îndeplinească condiţiile de desfăşurare a activităţii în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătăţii cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialităţii secţiei/compartimentului, şi cu privire la dotările necesare pentru funcţionare, pentru secţiile/compartimentele pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate, pe toată durata contractului.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi cu unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână şi asigură prezenţa a cel puţin un medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialităţi medicale şi/sau de minimum 7 ore/zi în specialităţi chirurgicale, după caz.

Articolul 85

Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, în regim de spitalizare continuă, cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea asistenţei medicale cu cel puţin două linii de gardă, dintre care cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizate şi aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de boli cronice şi penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activităţii medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate care tratează cazuri acute încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului

contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activităţii medicale cu cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 86

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

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

c)contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;

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

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

f)lista medicamentelor - denumiri comune internaţionale, denumite în continuare DCI, şi formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecţiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităţilor din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienţilor internaţi şi monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului - prezentată de fiecare furnizor în format electronic; lista va fi publicată de unităţile sanitare cu paturi şi pe pagina web proprie;

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

h)indicatorii specifici stabiliţi prin norme;

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

j)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

k)copie de pe ordinul ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului, după caz;

l)documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu o linie/două linii de gardă, conform art. 85;

m)declaraţie pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 87 alin. (2); medicii prevăzuţi la art. 87 alin. (2) vor da o declaraţie pe proprie răspundere cu privire la unităţile sanitare în care îşi desfăşoară activitatea şi programul de lucru aferent pentru fiecare unitare sanitară, cu obligaţia respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare.

n)decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraţilor, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situaţiile prevăzute la art. 99;

o)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care funcţionează sub incidenţa contractului, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii pentru a desfăşura activitate în baza unui contract încheiat de un furnizor de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Condiţii specifice

Articolul 87

(1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Spitalele din reţeaua apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti numai cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., avându-se în vedere la contractare şi decontare activitatea medicală acordată asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă. Spitalele din reţeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au sediul, avându-se în vedere la contractare şi decontare activitatea medicală acordată asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă.

(2) Fiecare medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, situaţie în care un medic poate acorda servicii medicale spitaliceşti, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în unităţi sanitare distincte, în condiţii de siguranţă şi calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea prevederilor referitoare la timpul de muncă şi timpul de odihnă din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, se face de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică şi ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, şi un reprezentant al autorităţilor administraţiei publice locale.

(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (3) de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

Articolul 88

În unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asiguraţii care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenţei medicale spitaliceşti şi decontate prin tarif pe serviciu medical şi/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme şi în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 89

(1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de

organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz, medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

(2) Fac excepţie de la prevederile alin. (1) următoarele situaţii:

a) pentru spitalizare continuă:

a.1) naştere;

a.2) urgenţe medico-chirurgicale;

a.3) boli cu potenţial endemoepidemic, care necesită izolare şi tratament;

a.4) bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

a.5) pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

a.7) transferul intraspitalicesc în situaţia în care se schimbă tipul de îngrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacienţii care au scrisoare medicală la externare cu indicaţie de revenire pentru internare;

a.10) pacienţii cu hemofilie aflaţi în programul naţional de hemofilie;

a.11) pacienţi cu diagnostic oncologic confirmat aflaţi în Programul naţional de oncologie;

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

b.1) urgenţă medico-chirurgicală;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

b.4) monitorizare şi administrare tratament afecţiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1 (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, (**)1β şi (**)1Ω, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamică a răspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare şi tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar şi sifilisului secundar al pielii şi mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b.12) pacienţii care au scrisoare medicală la externare cu indicaţie de revenire pentru internare;

b.13) pacienţii cu hemofilie aflaţi în programul naţional de hemofilie;

b.14)servicii medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contractează şi în ambulatoriul de specialitate clinic.

(3) Pacienţii care prezintă un bilet de internare vor putea fi programaţi pentru internare, în funcţie de afecţiune şi de gravitatea semnelor şi simptomelor prezentate şi de disponibilitatea serviciilor unităţii spitaliceşti solicitate.

Articolul 90

(1) Modalităţile 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 spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabileşte pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, şi a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului şi TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitaliceşti este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi este prevăzut în norme;

b)suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secţiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

c)suma aferentă programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, finanţată din fondul alocat pentru programele naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabileşte prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d)suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul programelor naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabileşte prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e)sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice;

f)sume pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, în condiţiile stabilite prin norme, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice;

g)sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile 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 condiţiile asistenţei medicale la domiciliu, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

i)sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin prezentul contract-cadru şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu;

j)sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz exprimat în lei, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în norme; suma contractată se regăseşte în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic;

k)suma corespunzătoare alocaţiei de hrană acordată în condiţiile art. 229 alin. (5) şi art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii, care face obiectul unui act adiţional la contract pentru unităţile sanitare publice. Pentru pacienţii internaţi în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitaliceşti în unităţile sanitare publice, cuantumul alocaţiei de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii/ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi. 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 şi sunt contractate distinct şi decontate prin tarif pe serviciu medical.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialităţi (non DRG) aferent spitalizării continue, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unităţii sanitare cu paturi şi decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(5) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. e), f) şi i) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistenţă medicală, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adiţional cu unităţile sanitare publice, aflate în relaţie contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzătoare alocaţiei de hrană acordate potrivit prevederilor art. 229 alin. (5) şi ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii.

(7) Modelul de act adiţional prevăzut la alin. (6), obligaţiile părţilor contractante, documentele justificative în baza cărora se decontează suma corespunzătoare alocaţiei de hrană sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(8) Suma lunară corespunzătoare alocaţiei de hrană ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor internate în regim de spitalizare continuă în unităţile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitaliceşti sunt decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate; suma lunară corespunzătoare alocaţiei de hrană ce urmează să fie decontată se stabileşte prin raportare la numărul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate în regim de spitalizare continuă.

(9) Actul adiţional prevăzut la alin. (6) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului în care se încheie.

(10) Durata actului adiţional prevăzut la alin. (6) se poate prelungi pe toată durata derulării contractului încheiat de unităţile sanitare publice cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adiţional semnat de ambele părţi.

Articolul 91

La contractarea anuală a serviciilor medicale spitaliceşti, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs. Diferenţa de 5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, în condiţiile prevăzute în norme.

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile şi drepturile spitalelor

Articolul 92

(1)În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

a)să informeze persoanele asigurate şi neasigurate cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

3. contribuţia personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG; informaţiile privind tarifele practicate de furnizorii privaţi, suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG şi diferenţa dintre acestea sunt afişate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet şi la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;

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

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

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

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

de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

h)să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

i)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

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

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

l)să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu.

m)să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

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

o)să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poşta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care

concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuţi în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 253/2018, cu modificările şi completările ulterioare; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

p)să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

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

r)să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

s)să raporteze corect şi complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului şi al Ministerului Sănătăţii;

ş)să monitorizeze gradul de satisfacţie al asiguraţilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraţilor conform unui chestionar standard, prevăzut în norme;

t)să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;

ţ)să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice, situaţia privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate;

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

v)să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienţilor din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienţi pe baza unui contract încheiat cu unităţi specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achiziţiile publice;

w)să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi care reprezintă urgenţe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenţă prespitalicească;

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

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

z)să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialităţi clinice - către unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau ambulatorii -, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

2. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare;

3. formularului de consimţământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuţia personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere şi tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, precum şi toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în devizul estimativ pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum şi formularului de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme;

aa)să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi;

ab)să elibereze, pentru asiguraţii internaţi cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare şi/sau cu medicamente şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în norme; documentul stă la baza eliberării prescripţiei medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie şi medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

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

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

ae)să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligaţii conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei;

af)să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepţia situaţiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamente în baza consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în documentele medicale primare;

ag)să respecte prevederile art. 159, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

ah)să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situaţiile identificate în strânsă legătură cu evoluţia clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimţământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

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

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

(4) Ministerul Sănătăţii analizează trimestrial execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli ale unităţilor sanitare publice cu paturi, în vederea luării măsurilor ce se impun, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 93

(1)În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unităţile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

a)să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate şi validate, în limita valorii de contract stabilite, precum şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

d)să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;

e)să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;

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

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

(2) Furnizorii privaţi pot să încaseze contribuţie personală pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, în secţiile de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, plătită în mod direct de către asigurat sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, cu consimţământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme.

Secţiunea a 5-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 94

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

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

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

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

e)să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

i)să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10

zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

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

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

l)să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform normelor;

m)să verifice prin acţiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum şi respectarea protocoalelor de practică medicală;

n)să monitorizeze internările de urgenţă, în funcţie de tipul de internare, aşa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidenţierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgenţe din cadrul spitalului;

o)să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform normelor;

p)să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi;

q)să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la art. 91 şi să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiaşi articol;

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

s)să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159;

ş)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial pe fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, fiecărui furnizor de servicii medicale spitaliceşti cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 6-a
Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti

Articolul 95

(1) Modalităţile de plată a serviciilor medicale spitaliceşti contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme şi pot fi, după caz:

a)tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialităţi, stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b)tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliţi prin norme, pentru spitalele/secţiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condiţiile 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, şi de:

a)sume aferente programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele

tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

b)sume pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul programelor naţionale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

c)sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, boli infecţioase şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice, în condiţiile stabilite prin norme;

d)sume pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, în condiţiile stabilite prin norme;

e)sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin prezentul contract-cadru şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu.

f)sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile stabilite prin norme.

g)suma corespunzătoare alocaţiei de hrană acordată în condiţiile art. 229 alin. (5) şi art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii, care face obiectul unui act adiţional la contract pentru unităţile sanitare publice. Pentru pacienţii internaţi în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitaliceşti în unităţile sanitare publice, cuantumul alocaţiei de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

Articolul 96

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform normelor, în următoarele condiţii:

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 specialităţi, decontarea se face în funcţie de numărul de cazuri externate, raportate şi validate, în limita valorii de contract stabilite şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi este prevăzut în norme;

b)pentru spitalele/secţiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiaşi cu cei avuţi în vedere la contractare, cu condiţia respectării criteriilor de internare şi în condiţiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii.

Numărul de cazuri externate şi raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi numărul de cazuri externate şi raportate confirmate din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor

de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

c)suma aferentă programelor naţionale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi servicii de tratament şi/sau diagnostic se decontează conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d)suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programelor naţionale cu scop curativ, se decontează conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e)sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, boli infecţioase şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu, precum şi în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului se decontează în condiţiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f)suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, se decontează în condiţiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialităţi paraclinice, reglementate la capitolul V, în limita sumei contractate;

g)suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, se face în funcţie de numărul de cazuri/servicii raportate şi validate în limita valorii de contract stabilită şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme. Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

h)suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiaşi cu cei avuţi în vedere la contractare, cu condiţia respectării criteriilor de internare şi în condiţiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilită şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. Numărul de cazuri externate şi raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere şi confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice şi medicale la nivel de pacient comunicate de Institutul Naţional de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

i)suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin prezentul contract-cadru şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

j)sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile stabilite prin norme.

k)suma corespunzătoare alocaţiei de hrană acordată în condiţiile art. 229 alin. (5) şi art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi

completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii, care face obiectul unui act adiţional la contract pentru unităţile sanitare publice.

(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 şi 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, diferenţa fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepţia situaţiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelaşi 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 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepţia situaţiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

Articolul 97

(1) Prin excepţie de la prevederile art. 94 lit. b) şi j) şi art. 96 alin. (1) lit. b), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, la nivelul realizat.

(2)În situaţia în care serviciile medicale acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, depăşesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, în limita sumelor alocate cu această destinaţie în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (2), Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, ţinând cont de solicitările fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, poate suplimenta creditele de angajament alocate iniţial.

(4) Decontarea lunară pentru unităţile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, se efectuează potrivit prevederilor alin. (1) - (3); trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme.

Articolul 98

Spitalele au obligaţia să asigure din sumele obţinute potrivit prevederilor art. 96 şi, după caz, din sumele corespunzătoare contribuţiei personale a asiguratului, cu excepţia sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, serviciile conexe şi servicii de tratament şi/sau diagnostic, acoperite prin programele naţionale cu scop curativ şi pentru servicii de hemodializă şi dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

La data de 18-09-2023 Partea introductivă a articolului 98, Sectiunea a 6-a, Capitolul VI a fost modificată de Punctul 4., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

a)investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară ori aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, în condiţiile stabilite prin norme;

b)consultaţii interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective;

c)transport interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară ori la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătăţii din fondul alocat serviciilor de ambulanţă;

d)servicii hoteliere standard - cazare şi masă, pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condiţiile stabilite prin norme.

Articolul 99

(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi şi, după caz, din sumele corespunzătoare contribuţiei personale a asiguratului toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secţiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum şi pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice, precum şi toate cheltuielile necesare pentru situaţiile prevăzute la art. 98 lit. a)-c), cu excepţia:

a)medicamentelor şi materialelor sanitare, pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate;

b)dispozitivelor medicale şi serviciilor de tratament şi/sau diagnostic pentru unele afecţiuni din programele naţionale de sănătate, inclusiv serviciilor conexe actului medical;

c)serviciilor de radioterapie acordate în cadrul Subprogramului de radioterapie al bolnavilor cu afecţiuni oncologice internaţi în regim de spitalizare continuă, în orice altă secţie/compartiment în afară de secţia/compartimentul de radioterapie.

La data de 18-09-2023 Alineatul (1), Articolul 99, Sectiunea a 6-a, Capitolul VI a fost modificat de Punctul 5., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(2)În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

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

(4) Unităţile sanitare care acordă servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătăţii sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare -, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice, cu excepţia medicamentelor şi materialelor sanitare pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate. Această prevedere se aplică şi centrelor de sănătate multifuncţionale pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare de zi.

Articolul 100

(1) Spitalele încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii astfel:

a)pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile/compartimentele cu paturi din unităţile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare şi aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b)pentru serviciile medicale spitaliceşti, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepţie fac serviciile medicale spitaliceşti acordate în secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitaliceşti pentru internările

bolnavilor aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitaliceşti de lungă durată - ani - şi serviciile medicale spitaliceşti pentru care criteriul de internare este urgenţa medico-chirurgicală, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

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

(2) Furnizorii publici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) şi (4).

(3) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi cu documente şi/sau, după caz, cu declaraţie pe propria răspundere că îndeplinesc condiţiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

(4) Spitalele încasează de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare şi/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard acordate la cererea acestora, în condiţiile stabilite prin norme. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

Articolul 101

(1) Furnizorii privaţi aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului sumele prevăzute la art. 100 alin. (1) şi (4).

(2) Furnizorii privaţi aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuţia personală, cu consimţământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale şi nemedicale pe care urmează să le primească şi costurile asociate acestora.

(3) Contribuţia personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiţii hoteliere standard:

a1) suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a2) contribuţia personală a asiguratului calculată ca diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului şi suma prevăzută la litera a.1;

b) costurile serviciilor suplimentare estimate:

b1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului;

b2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit faţă de standard.

Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcţie de evoluţia clinică, cu consimţământul acestuia sau al reprezentantului legal.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în norme.

(4) Contribuţia personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în secţiile de acuţi finanţate prin sistem DRG, prevăzută la alin. (3), este afişată pe pagina de internet a furnizorilor privaţi de servicii medicale şi la sediu, într-un loc vizibil.

(5) Contribuţia personală a asiguratului se plăteşte de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuţia personală reprezintă diferenţa dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului.

Valoarea relativă a cazului şi tariful pe caz ponderat propriu spitalului sunt prevăzute în normele metodologice de aplicare a prezentei hotărâri.

(6) Decontul eliberat la externare cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiţii hoteliere standard:

a1) suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a2) contribuţia personală a asiguratului, calculată ca diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului şi suma prevăzută la litera a.1);

b) costurile serviciilor suplimentare furnizate:

b1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului;

b2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit faţă de standard.

(7) Formularul de consimţământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuţia personală pe care acesta o va achita unui furnizor privat pentru a acoperi diferenţa dintre tariful practicat de furnizorul privat şi suma rezultată din înmulţirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare şi/sau la cerere, precum şi tarifele serviciilor care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG, precum şi toate celelalte costuri suplimentare.

Articolul 102

(1) În cazul reorganizării unităţilor sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desfiinţarea lor şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri, cu condiţia ca unităţile nou-înfiinţate să aibă acelaşi regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) În cazul reorganizării unei unităţi sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desprinderea unor structuri şi înfiinţarea unei noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, care preia structurile desprinse, contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi aflat în derulare se modifică în mod corespunzător pentru activitatea din structurile care se desprind din contract. Noua unitate sanitară cu paturi înfiinţată încheie contract cu casa de asigurări de sănătate corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, în limita sumelor diminuate din contractul unităţii sanitare cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri, cu condiţia ca unitatea nou-înfiinţată să aibă acelaşi regim juridic de proprietate cu unitatea sanitară cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri.

Secţiunea a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, modificare şi încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

Articolul 103

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. d), f) - i), j) - l), m), n) - r), ş), t), z), aa), ab) şi ah), precum şi a obligaţiei prevăzută la art. 100 alin. (2), atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale

spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor.

(2) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. s) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective, suplimentar faţă de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate şi raportate se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, raportarea unui medicament din donaţii, sponsorizări sau alte surse de finanţare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătăţii, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată. În situaţia în care se constată neconcordanţe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată şi cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. x), ad) şi af) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitaliceşti, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile acute/serviciile medicale spitaliceşti pentru afecţiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcţie de tipul de servicii medicale spitaliceşti la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligaţiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. y), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. y) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are

încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi, după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a), e), ţ), u), v) şi w) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua şi la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe furnizor.

Articolul 104

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

a)una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b)încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

d)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie.

(2)În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplineşte/nu îndeplinesc condiţiile de contractare. În situaţia în care toate secţiile spitalului nu îndeplinesc condiţiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii, iar valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Articolul 105

Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

b)acordul de voinţă al părţilor;

c)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

Capitolul VII
Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 106

În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile specializate private trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

a)sunt autorizate conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 107 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare;

d)au implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS şi de stocare a informaţiilor.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului

Articolul 107

(1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

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

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

f)lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate angajat care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

g)lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenţie din dotare;

h)autorizaţia de funcţionare emisă de direcţia de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i)actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară;

j)avize de utilizare sau buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale aflate în dotarea unităţilor mobile de intervenţie, după caz, emise de ANMDMR;

k)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege care funcţionează sub incidenţa contractului, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

l)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moaşa care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

Articolul 108

(1)În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat au următoarele obligaţii:

a)să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

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

c)să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în

permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

e)să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

f)să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

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

i)să asigure consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenţie şi transport şi echipamentul corespunzător situaţiei respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

j)să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz;

k)să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

l)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

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

o)să pună la dispoziţia casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, la solicitarea acesteia, informaţiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

(2) Serviciile de ambulanţă private au obligaţia să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanţă, consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanţă şi serviciile de ambulanţă private, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 109

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, au următoarele drepturi:

a)să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

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

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

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

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 110

În relaţiile contractuale cu unităţile specializate private, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăreia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b)să deconteze unităţilor specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de lista certificată de serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară şi de documentele justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

e)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2), furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin

intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f)să efectueze controlul activităţii furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g)să verifice sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS şi de stocare a informaţiilor;

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

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

j)să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării;

k)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Contractarea şi decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat

Articolul 111

(1) Reprezentantul legal al unităţii specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru înregistrate şi/sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

(2) Modalităţile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport se stabilesc prin norme.

Articolul 112

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unităţile specializate private, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalităţile de plată sunt:

a)pentru consultaţiile de urgenţă 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) Sumele aferente serviciilor contractate cu unităţile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Articolul 113

Modalităţile şi condiţiile în care se face decontarea de către casele de asigurări de sănătate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractelor de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

Articolul 114

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate private prevăzute la art. 108 alin. (1) lit. a), c) - f), g) - l), n) şi o) şi alin. (2) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a)la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b)la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c)la a treia constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (2) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1), (2) şi (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) şi (4) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (4), se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

Articolul 115

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

a)încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 107 alin. (1) lit. b) - e), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării

activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultaţiile de urgentă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat.

Articolul 116

Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

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

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

d)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

e)refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f)la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g)odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 114 alin. (1);

h)dacă furnizorul nu îndeplineşte condiţia prevăzută la art. 106 lit. d).

Articolul 117

Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

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

a1)furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2)încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului, după caz;

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

b)acordul de voinţă al părţilor;

c)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

d)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 115 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul VIII
Îngrijiri medicale la domiciliu

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 118

(1)În vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare, pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 119 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2)Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, respectiv:

a)spitalele care acordă asistenţă medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă, cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;

b)medici de familie organizaţi ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;

c)alţi furnizori de îngrijiri la domiciliu.

(3) Condiţiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate.

(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea, cu condiţia ca serviciile recomandate să fie cuprinse în pachetul de bază.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 119

(1) Reprezentantul legal încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ- teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

d)copie de pe actul constitutiv;

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

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

g)programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;

h)lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate autorizat care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în

mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

i)împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

j)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care funcţionează sub incidenţa contractului, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

k)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

l)autorizaţia de liberă practică pentru fizioterapeut/fizioterapeuţi şi avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, respectiv documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz. Documentul care atestă pregătirea profesională a fizioterapeutului pentru drenajul limfatic manual se solicită numai furnizorilor care acordă/raportează serviciul de masaj al limfedemului.

m)atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 120

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au următoarele obligaţii:

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

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

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

d)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

g)să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

i)să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în recomandare, şi pentru serviciile/documentele efectuate/ eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

j)să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecinţă a actului medical propriu, în condiţiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situaţiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

k)să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

l)să comunice direct, în scris sau prin poşta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia, după caz;

m)să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

n)să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

o)să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite prin norme;

p)să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să recomande aceste medicamente cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor şi să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

q)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

ş)să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

t)să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare sau că medicamentul este produs biologic;

ţ)să aducă la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat şi/sau bugetul local, conform prevederilor legale în vigoare.

u)să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

Articolul 121

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au următoarele drepturi:

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

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

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

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

e)medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, în condiţiile stabilite prin norme;

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 122

În relaţiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi valorile de contract, să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

j)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 123

(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor care primesc îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidenţă se află aceştia cu încadrarea în sumele contractate.

(2) La stabilirea sumei contractate se au în vedere următoarele:

a)fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcţie de condiţiile specifice la nivel local;

b)criteriile de stabilire a punctajului, în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(3) Suma contractată se stabileşte conform normelor, se defalcă pe trimestre şi pe luni şi se regularizează conform normelor.

(4) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de documentele justificative, până la data prevăzută în contract.

Articolul 124

Modalitatea de plată este tariful pe o zi de îngrijire. Tarifele se stabilesc prin norme.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 125

(1)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 120 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), p), t), ţ) şi u) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3)În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 120 lit. e), i), k) şi q) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a)la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

b)la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie.

(5) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(6)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea.

Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) şi (6) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) şi (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) şi (6) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

Articolul 126

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

a)încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 119 alin. (1) lit. b), c), e), f), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai

îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

Articolul 127

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

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

b)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

c)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

d)refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentelor medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

e)la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 125 alin. (1) - (4) pentru fiecare situaţie;

g)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 120 lit. j) şi o).

Articolul 128

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

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

a1)furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2)încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

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

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 126 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul IX
Îngrijiri paliative la domiciliu

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 129

(1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane juridice, care, în vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 130 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Condiţiile acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc în norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative, conform legislaţiei în vigoare.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 130

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

d)copie de pe actul constitutiv;

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

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

g)programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;

h)lista asumată prin semnătură electronică cu personalul de specialitate autorizat care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

i)împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

j)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într- o formă prevăzută de lege şi care funcţionează sub incidenţa contractului, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi documentul care face dovada absolvirii studiilor complementare de îngrijiri paliative conform prevederilor legale în vigoare.

k)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

l)atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului, precum şi documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

m)autorizaţia de liberă practică pentru fizioterapeuţi şi avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

(5) Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 131

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele obligaţii:

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

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

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

d)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

g)să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

i)să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, potrivit planului de îngrijiri paliative, şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri şi pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

j)să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecinţă a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriul clinic, medicii din spital la externare, precum şi medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

k)să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite prin norme; serviciile furnizate vor fi consemnate în fişa de observaţie pentru îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii;

l)să comunice direct, în scris sau prin poşta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia, după caz;

m)să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

n)să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situaţia în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu;

o)să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare; să utilizeze prescripţia medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia, dacă medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligaţia să recomande aceste medicamente cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor şi să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

p)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

q)să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-

line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

s)să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

ş)să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

t)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, în limita competenţei medicului prescriptor;

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

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

v)să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

Articolul 132

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:

a)să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea

serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; trimestrial se fac regularizări în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

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

e)medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, precum şi medicamente cu şi fără contribuţie personală, pentru controlul simptomelor, conform prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme;

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 133

În relaţiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi valorile de contract, să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

j)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 134

(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor care primesc îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidenţă se află, cu încadrarea în sumele contractate.

(2) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi documentele justificative privind activităţile realizate, până la data prevăzută în contract.

Articolul 135

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se face prin tarif pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu, exprimat în lei. Tarifele se stabilesc prin norme.

(2)O zi de îngrijire poate cuprinde servicii medicale, îngrijire, psihologice, kinetoterapie, conform nevoilor pacientului, şi poate fi efectuată de către medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat în îngrijiri paliative şi/sau de către alt personal specializat/calificat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

(3) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere:

a)fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcţie de condiţiile specifice la nivel local;

b)criteriile de stabilire a punctajului în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(4) Suma contractată se stabileşte conform normelor, se defalcă pe trimestre şi pe luni şi se regularizează conform normelor.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 136

(1)În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 131 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), o), ş), t), ţ) şi v) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 3% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3)În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 131 lit. e), i) şi p) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a)la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie;

b)la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 131 lit. u), constatată în perioada derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b)începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 131 lit. u) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi, după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) pentru furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(9) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) şi (7) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5) şi (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) şi (7), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe furnizor.

Articolul 137

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 130 alin. (1) lit. b), c), e), f) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestora;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative.

d)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Articolul 138

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr- o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

b)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

c)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

e)la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f)odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 136 alin. (1) - (4) pentru fiecare situaţie;

g)în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 131 lit. j) şi k).

Articolul 139

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

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

a1)furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2)încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desfiinţare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b)din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

d)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 137 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul X
Asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

Articolul 140

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

a)sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

b)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

c)depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 141 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3), la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenţa medicală se asigură în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Articolul 141

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a)cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

c)contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;

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

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

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

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

h)indicatorii specifici stabiliţi prin norme;

i)actul de înfiinţare sau de organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz;

j)copie de pe ordinul ministrului sănătăţii privind clasificarea unităţii sanitare, după caz;

k)lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului.

l)certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într- o formă prevăzută de lege şi care funcţionează sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii, pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Articolul 142

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

a)să informeze asiguraţii cu privire la:

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

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetul de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

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

d)să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

g)să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, în limita competenţei medicului prescriptor;

h)să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

j)să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora;

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

l)să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital este un document tipizat care se întocmeşte la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

m)să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

o)să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depune la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului;

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

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

r)să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

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

ţ)să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

u)să respecte prevederile art. 159, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

v)să funcţioneze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului şi să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w)să elibereze, dacă situaţia o impune, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligaţii

conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligaţiei.

Articolul 143

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate şi validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

d) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, în condiţiile prevăzute în norme;

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

f) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăşi 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe în ziua externării.

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 144

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

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

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite

condiţiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

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

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

j)să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă aceştia;

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

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

m)să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 159;

n)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale

Articolul 145

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

(2) Modalitatea de plată este tariful pe zi de spitalizare pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, şi în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenţei medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

(3)În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate şi contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuţie suportată de asiguraţi, în funcţie de tipul de asistenţă medicală balneară şi de durata tratamentului, în condiţiile stabilite în norme.

(4) 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 realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare. Trimestrial se fac regularizări, în condiţiile stabilite prin norme.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adiţional cu unităţile sanitare publice, aflate în relaţie contractuală cu acestea pentru furnizarea de serviciile medicale de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare acordate în regim de spitalizare continuă, respectiv cu sanatoriile /secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, şi cu preventoriile, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzătoare alocaţiei de hrană acordate potrivit

prevederilor art. 229 alin. (5) şi ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii.

(6) Modelul de act adiţional prevăzut la alin. (5), obligaţiile părţilor contractante, documentele justificative în baza cărora se decontează suma corespunzătoare alocaţiei de hrană sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(7) Suma lunară corespunzătoare alocaţiei de hrană ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor internate în regim de spitalizare continuă în unităţile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitaliceşti sunt decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate; suma lunară corespunzătoare alocaţiei de hrană ce urmează să fie decontată se stabileşte prin raportare la numărul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate în regim de spitalizare continuă.

(8) Actul adiţional prevăzut la alin. (5) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului în care se încheie.

(9) Durata actului adiţional prevăzut la alin. (5) se poate prelungi pe toată durata derulării contractului încheiat de unităţile sanitare publice cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adiţional semnat de ambele părţi.

Articolul 146

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai contravaloarea serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Pentru pacienţii internaţi în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitaliceşti în unităţile sanitare publice, cuantumul alocaţiei de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, modificare şi încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Articolul 147

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 142 lit. a), c) - g), h - l), n), o), r) şi v) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a)la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

b)la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunară;

c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 142 lit. m), p), t) şi ţ), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie;

c)la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(3) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 142 lit. q), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situaţii;

b)începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripţie off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 142 lit. q) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează

contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi, după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

Articolul 148

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

a)una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b)încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autorităţile competente, la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

d)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

e)de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de

sănătate, până la data avizării; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situaţie.

(2)În situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situaţia prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secţia/secţiile care nu îndeplinesc condiţiile de contractare.

Articolul 149

Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a)de drept, la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

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

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

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

b)acordul de voinţă al părţilor;

c)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

Capitolul XI
Medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 150

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătăţii şi evaluate conform art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în baza contractelor şi actelor adiţionale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Pot intra în relaţie contractuală cu farmacii pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat numai casele de asigurări de sănătate care se află în relaţie contractuală cu medici care pot prescrie aceste medicamente, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Toate farmaciile comunitare care deţin autorizaţie de funcţionare în vigoare şi sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce priveşte încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă deţin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmaciştilor din România - denumit în continuare CFR, în termen de valabilitate.

(3)În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile trebuie să depună documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din prezenta anexă, la termenele stabilite pentru contractare.

(4) Reprezentantul legal al societăţii farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie un singur contract pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societăţii respective sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societăţii farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta poate intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societăţii respective şi cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum şi cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societăţii farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractul pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu.

În situaţia în care societatea farmaceutică intră în relaţie contractuală numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurări de sănătate încheie contract în acest sens.

În situaţia în care în cadrul aceleiaşi societăţi farmaceutice funcţionează mai multe farmacii, reprezentantul legal al societăţii încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. În situaţia în care o societate farmaceutică are deschise oficine comunitare locale sau sezoniere, înfiinţate conform prevederilor legale în vigoare, în alte judeţe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina comunitară locală sau sezonieră, în condiţiile stabilite prin norme.

Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea în cadrul unui program de lucru distinct, la cel mult 3 farmacii/ oficine comunitare locale sau sezoniere din cadrul aceluiaşi furnizor, aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situaţia în care la una dintre farmacii/ oficine comunitare locale sau sezoniere asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii.

(5)C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. este obligată să încheie contracte cu cel puţin o farmacie în localităţile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la medicamente.

(6) Reprezentanţii legali ai furnizorilor care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J..

(7)În cazul unei farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, îşi schimbă deţinătorul autorizaţiei de funcţionare, iar noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia şi depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiţia ca aceasta să îşi desfăşoare activitatea la acelaşi sediu şi în aceleaşi condiţii avute în vedere la contractare. Noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare are obligaţia de a depune, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizaţiei de funcţionare de către Ministerul Sănătăţii, toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligaţii conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deţinător al autorizaţiei de funcţionare cu casa de asigurări de sănătate.

(8)În situaţia prevăzută la alin. (7), în cazul în care farmacia îşi mută sediul, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare 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 şi depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (7).

(9)În cazul în care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare a farmaciei nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se realizează cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare.

(10) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (7) şi alin. (8), dacă farmacia care îşi schimbă deţinătorul autorizaţiei de funcţionare are activitatea suspendată potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare îl are cu casa de asigurări de sănătate, de la data înscrierii menţiunii de reluare a activităţii de către Ministerul Sănătăţii, cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (7) şi (8).

(11)În cazul unei farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu îşi schimbă farmacistul şef, aceasta are obligaţia notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la modificarea intervenită. Farmacia are obligaţia de a transmite casei de

asigurări de sănătate autorizaţia de funcţionare cuprinzând menţiunea referitoare la schimbarea farmacistului şef în termen de 30 zile calendaristice de la data aplicării menţiunii.

Articolul 151

Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, denumită în continuare listă, este cea aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

Secţiunea a 2-a
Documentele pe baza cărora se încheie contractele

Articolul 152

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanţii legali ai societăţilor farmaceutice pentru farmaciile autorizate şi evaluate pe care aceştia le reprezintă, precum şi cu cei ai farmaciilor care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, pe baza următoarelor documente:

a)cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală.

c)certificatul de înmatriculare la registrul comerţului/actul de înfiinţare, după caz;

d)codul unic de înregistrare;

e)contul deschis la Trezoreria Statului;

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

g)autorizaţia de funcţionare eliberată de Ministerul Sănătăţii;

h)certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul teritorial al farmaciştilor;

i)program de lucru atât pentru farmacii, cât şi pentru oficinele locale de distribuţie, conform modelului prevăzut în norme;

j)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

k)certificatul de membru al CFR, pentru farmaciştii înregistraţi în contractul cu casa de asigurări de sănătate valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului;

l)certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical de farmacie care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

(4) Farmaciştii care îşi desfăşoară activitatea la un furnizor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să deţină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de medicamente

Articolul 153

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluaţi au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 şi din sublista D, precum şi cu medicamentele imunologice cuprinse în sublista E din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

La data de 18-09-2023 Litera a), Articolul 153, Sectiunea a 3-a, Capitolul XI a fost modificată de Punctul 6., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

b) să facă demersurile necesare pentru acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice şi în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunităţii active de care beneficiază unele segmente populaţionale în tratamentul ambulatoriu, cu medicamentul/ medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condiţiile Ordinului ministrului sănătăţii nr. 269/2017 privind obligaţia de a asigura stocuri adecvate şi continue de medicamente;

La data de 18-09-2023 Litera b), Articolul 153, Sectiunea a 3-a, Capitolul XI a fost modificată de Punctul 6., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor şi materialelor sanitare achiziţionate şi evidenţiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei şi care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, într-un termen stabilit de comun acord, dar nu mai mult de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea solicitării, în funcţie de obiectivele acţiunii de control, volumul şi data întocmirii documentelor solicitate; refuzul nejustificat al furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate a documentelor justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente şi recuperarea integrală a sumei reprezentând contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului nejustificat, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul şi decontată de casa de asigurări de sănătate.

În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată şi cantitatea de medicamente achiziţionate sau atunci când furnizorul refuză să pună la dispoziţia organelor de control documentele justificative prevăzute anterior, se sesizează instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective; în situaţia în care, ca urmare a controlului desfăşurat de către instituţiile abilitate, se stabileşte vinovăţia furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoştinţă a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispuse în cauza respectivă, cu recuperarea integrală a contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor în perioada verificată de instituţiile abilitate şi decontată de casa de asigurări de sănătate şi care depăşesc valoarea achiziţiilor pentru care există documente justificative;

d) să verifice prescripţiile medicale off-line şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice off-line/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de

medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

e)să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în norme referitoare la numărul de medicamente, cantitatea şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic, prevenţie pentru prescripţiile medicale offline şi cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante;

La data de 18-09-2023 Litera e), Articolul 153, Sectiunea a 3-a, Capitolul XI a fost modificată de Punctul 6., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

f)să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate cu asigurarea confidenţialităţii în procesul de transmitere a datelor, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

g)să întocmească şi să depună/transmită electronic caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform şi în condiţiile stabilite prin norme; datele din documentele necesare depuse/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte şi complete şi să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu raportate în SIUI; în ceea ce priveşte medicamentele pentru care se încheie contracte cost- volum-rezultat, datele din documentele necesare depuse/transmise electronic caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte şi complete şi să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente raportate în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

h)să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin norme;

i)să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j)să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k)să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l)să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile prevăzute în norme, indiferent dacă medicul care a emis prescripţia medicală se află sau nu în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală farmacia; fac excepţie medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află şi medicul care a emis prescripţia medicală; să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

m)să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe prescripţiile medicale eliberate pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, în condiţiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

n)să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

o)să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie;

p)să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q)să depună/transmită electronic, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligaţia să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare şi prescripţiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripţiile medicale aferente pacienţilor pentru care s-a obţinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziţie de casa de asigurări de sănătate;

r)să nu utilizeze în campaniile publicitare ale farmaciilor aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate referinţe la medicamentele compensate şi gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepţia informării asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate şi gratuite;

s)să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunile C1 şi C3 şi din sublista D din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;

s^1)să elibereze medicamentele din sublista E - secţiunile E1 şi E2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, potrivit denumirii comerciale prescrise de medic;

La data de 18-09-2023 Articolul 153, Sectiunea a 3-a, Capitolul XI a fost completat de Punctul 7., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

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

t)să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

ţ)să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

u)să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să

elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v)să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

w)să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente cu sau fără contribuţie personală acordate pe teritoriul României, şi să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

x)să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie care nu sunt incluse în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi/sau excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract;

y)să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripţiei la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

z)să folosească sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

aa)să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare, şi să întocmească evidenţe distincte, în condiţiile prevăzute în norme, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost- volum-rezultat.

ab)să întocmească evidenţe distincte pentru prescripţiile medicale eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.

Articolul 154

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

a)să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate conform facturilor emise şi documentelor însoţitoare, în condiţiile prevăzute în norme;

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

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

d)să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B, D şi E - secţiunea E1 din

Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;

La data de 18-09-2023 Litera d), Articolul 154, Sectiunea a 3-a, Capitolul XI a fost modificată de Punctul 8., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

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

f)să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor medicamente, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale;

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

h)pentru a asigura acoperirea cererii de medicamente, pot achiziţiona medicamente de la alte farmacii comunitare pentru onorarea integrală a unei prescripţii medicale, în cazuri urgente şi în limita cantităţii prescrise, în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (7) lit. b) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi cu respectarea prevederilor art. 6^1 din Normele privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea unităţilor farmaceutice, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 444/2019, cu modificările şi completările ulterioare.

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 155

În relaţiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b)să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora;

c)să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală, la termenele prevăzute în prezentul contract- cadru, în condiţiile prevăzute în norme;

d)să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun;

e)să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, în termenul prevăzut la art. art. 197 alin. (2), cu privire la condiţiile de acordare a medicamentelor şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

f)să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

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

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

actualizeze în PIAS, în timp real, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală, precum şi numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic;

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

j)să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii;

k)să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către fiecare furnizori de medicamente;

l)să recupereze de la furnizorii care au acordat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu sumele reprezentând contravaloarea acestora în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de medicamente la data eliberării de către farmacii şi furnizorul a ignorat avertizările emise de platforma informatică din asigurările de sănătate;

m)C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. este obligată să intre în relaţie contractuală cu cel puţin o farmacie în localităţile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la medicamente;

n)să aducă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală se află în relaţie contractuală situaţiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, în vederea aplicării sancţiunilor prevăzute de prezentul contract-cadru, după caz;

o)să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de medicamente cu care se află în relaţii contractuale.

Secţiunea a 5-a
Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare

Articolul 156

(1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra preţului de referinţă.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din preţul de referinţă, a celor din sublista B şi secţiunea E1 din sublista E este de 50% din preţul de referinţă, a celor din sublista D este de 20% din preţul de referinţă, iar a celor din secţiunile C1 şi C3 din sublista C, precum şi din secţiunea E2 din sublista E este de 100% din preţul de referinţă.

La data de 18-09-2023 Alineatul (2), Articolul 156, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 9., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din preţul de referinţă, din care 50% se suportă din bugetul Fondului şi 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii către bugetul Fondului, pentru prescripţiile a căror contravaloare la nivelul preţului de referinţă/prescripţie este de până la 330 lei/lună şi de care beneficiază pensionarii cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.830 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri.

La data de 01-01-2024 sintagma: venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1167 din 21 decembrie 2023

(4) Preţul de referinţă pentru medicamentele cu şi fără contribuţie personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se defineşte pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creşterea accesului asiguraţilor la medicamente în condiţiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile căii de administrare, doza zilnică standard stabilită conform regulilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii sau cantitatea de substanţă activă, după caz.

(5) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, şi metoda de calcul pentru sublistele A, B, D, C - secţiunile C1 şi C3 din sublistă şi E - secţiunile E1 şi E2 din sublistă se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind preţurile de referinţă aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preţ şi au fost listate în CANAMED, deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor, de la data avizării preţului.

La data de 18-09-2023 Alineatul (5), Articolul 156, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 9., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(6)În situaţia în care se constată că deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă nu asigură prezenţa medicamentelor pe piaţă conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (5) în maximum 30 de zile calendaristice de la data comunicării lipsei medicamentelor de pe piaţă de către instituţiile abilitate sau de la sesizarea ANMDMR.

(7) Pentru DCI-urile menţionate în decizia emisă de Agenţia Naţională a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiţionat în lista prevăzută la art. 151, pentru care în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum şi medicamentele aferente aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare menţionate în decizia Agenţiei Naţionale a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România.

a)Pentru DCI-urile menţionate în decizia emisă de Agenţia Naţională a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiţionat în lista prevăzută la art. 151, pentru care în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale este efectuată o analiză de impact financiar pentru care este alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum şi medicamentele aferente aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare, al căror preţ de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent medicamentelor din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

b)Pentru DCI-urile menţionate în decizia emisă de Agenţia Naţională a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiţionat în lista prevăzută la art. 151, pentru care medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu mai sunt listate în CANAMED, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele aferente aceleiaşi substanţe active, concentraţii şi căi de administrare menţionate în decizia Agenţiei Naţionale a Medicamentelor şi a Dispozitivelor Medicale din România.

(8) Pentru DCI-urile incluse condiţionat în lista prevăzută la art. 151, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum-rezultat, încheiate între deţinătorii de autorizaţii de punere pe piaţă/reprezentanţii legali ai acestora şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(9) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(10) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului şi a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, în condiţiile prevăzute în norme, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripţiile

medicale acordate pacienţilor pentru care s-a înregistrat rezultat medical eliberate şi raportate în platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepţia celor prevăzute la art. 12 alin. (16) şi (17) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(11) Prescripţiile medicale on-line şi off-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(12) Pentru contractele cost-volum-rezultat, prescripţiile medicale on-line se păstrează de către farmacii şi se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

Articolul 157

(1) Pentru prescripţiile medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate şi înregistrate în sistemul naţional de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienţii care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, modalitatea de decontare se stabileşte prin norme şi se realizează, prin raportare la data înregistrării rezultatului medical, potrivit prevederilor art. 12 alin. (18) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările şi completările ulterioare.

(2)În vederea decontării medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat prevăzute la alin. (1) casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de medicamente, după caz, contracte/acte adiţionale, al căror model este prevăzut în norme.

Articolul 158

(1) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale - DCI, iar în cazuri justificate medical, în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunităţii active de care beneficiază unele segmente populaţionale în tratamentul ambulatoriu, precum şi în cazul produselor biologice şi al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale - DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător şi în situaţia recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieşire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepţia 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 preţului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu şi fără contribuţie personală, care pot fi eliberate şi decontate din bugetul FNUASS, cu respectarea următoarelor condiţii:

La data de 18-09-2023 Partea introductivă a alineatului (1), Articolul 158, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificată de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

Notă

Conform articolului II din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023, decontarea medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunităţii active de care beneficiază unele segmente populaţionale în tratamentul ambulatoriu, prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, se face de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătăţii, prin transferuri către bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

a)pentru sublistele A, B şi D - o prescripţie/mai multe prescripţii lunar, care să nu depăşească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripţiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepţia celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul preţului de referinţă, care poate fi eliberată şi decontată din bugetul FNUASS este de până la 330 lei pe lună;

b)în situaţia 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 preţului de referinţă, mai mare de 330 lei, nu se mai pot elibera şi decontată din bugetul FNUASS în luna respectivă şi alte medicamente din sublista B; face excepţie situaţia în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul preţului de referinţă, mai mare de 330 lei, situaţie în care se pot elibera şi deconta din bugetul FNUASS în luna respectivă şi alte medicamente din sublista B, în condiţiile de la lit. a);

c)o singură prescripţie distinctă cu compensare 90% din preţul de referinţă, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a cărei contravaloare la nivelul preţului de referinţă este de până la 330 lei pe lună/prescripţie, pentru pensionarii cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.830 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri; pentru diferenţa până la numărul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise, eliberate şi decontate din sublistele A, B şi D sunt aplicabile reglementările de la lit. a) şi b);

La data de 01-01-2024 sintagma: venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri a fost înlocuită de Articolul II din HOTĂRÂREA nr. 1.302 din 21 decembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 1167 din 21 decembrie 2023

d)pentru sublista C secţiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripţie/maximum două prescripţii lunar, cu maximum 3 medicamente;

e)pentru sublista C secţiunea C3 - o singură prescripţie lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepţie de la prevederile alin. (1), în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, se pot emite pentru acelaşi asigurat mai multe prescripţii, conform legii.

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cazurile în care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum şi cazurile în care sa eliberat mai mult de o prescripţie medicală/maximum două prescripţii pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secţiunea C1, şi mai mult de o prescripţie medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secţiunea C3; în această situaţie, asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepţia situaţiei prevăzute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condiţiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele A, B, C - secţiunea C1 şi D pentru care se calculează preţ de referinţă, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

La data de 18-09-2023 Alineatul (4), Articolul 158, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(5) Pe acelaşi formular de prescripţie se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidenţiate distinct:

a)medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)1, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte;

b)medicamentele din reţetele eliberate pentru titularii cardului european;

c)medicamentele din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii;

d)medicamentele din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare/documente europene.

(6) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E şi nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3), în condiţiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

La data de 18-09-2023 Alineatul (6), Articolul 158, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(7) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum şi borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidenţierea medicamentelor din reţetele eliberate pentru titularii cardului european, medicamentelor din reţetele eliberate pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii şi medicamentelor din reţetele eliberate pentru beneficiarii de formulare/documente europene, precum şi medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 156 alin. (3), după caz.

La data de 18-09-2023 Alineatul (7), Articolul 158, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

(8) Medicamentele prescrise pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 şi 12 luni sunt decontate, fără plafonare valorică şi cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecţiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 şi 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecţiuni acute, de până la 8-10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi medicii din spital, la externarea asiguratului, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, precum şi medicamentele imunologice folosite pentru producerea imunităţii active de care beneficiază unele segmente populaţionale în tratamentul ambulatoriu este de până la 30-31 de zile.

La data de 18-09-2023 Alineatul (9), Articolul 158, Sectiunea a 5-a, Capitolul XI a fost modificat de Punctul 10., Articolul I din HOTĂRÂREA nr. 866 din 14 septembrie 2023, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 839 din 18 septembrie 2023

Articolul 159

(1) La iniţierea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

(2) La pacienţii la care tratamentul a fost iniţiat cu produsul biologic de referinţă , în termen de 12 luni de la data includerii în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate a primului produs biosimilar, sau mai devreme, dacă este posibil, se va realiza schimbarea produsului biologic de referinţă cu un biosimilar al acestuia, pentru cel puţin 50% dintre pacienţi, medicul având obligaţia de a prezenta pacientului informaţii legate de eficacitatea şi siguranţa administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menţinerea aceluiaşi beneficiu terapeutic precum şi informaţii legate de creşterea accesul, în condiţiile utilizării produselor biosimilare, a unui număr mai mare de pacienţi la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

(3) Prin excepţie de la prevederile alin. (1) şi (2), la iniţierea şi/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referinţă din motive medicale specifice pacientului, informaţii consemnate în documentele medicale şi prescripţia medicală electronică.

(4) Prevederile alin. (2) şi (3) sunt aplicabile şi situaţiilor pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

(5) Casa de asigurări de sănătate va monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice şi va transmite medicilor prescriptori a căror comportament de prescriere nu se circumscrie prevederilor alin. (1)-(4) un document de orientare cu privire la prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menţinerea aceluiaşi beneficiu terapeutic, dar şi a profilului de siguranţă.

Articolul 160

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul în ambulatoriu se acordă pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti/medici stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, medicii din unităţile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Naţional de Supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică care nu sunt sub incidenţa unui contract pentru furnizare de servicii medicale clinice de specialitate şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamentele cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în norme.

(3) Pentru elevi şi studenţi, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris; scrisoarea medicală este un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentişti/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

(4) Medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

(5) Medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru persoanele asistate în aceste instituţii, nedeplasabile sau cu afecţiuni acute, în situaţia în care aceste persoane nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

(6) Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile.

(7) Medicii din unităţile de dializă care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Naţional de Supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris pacientul diagnosticul şi tratamentul prescris.

(8) Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, iar perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 158 alin. (9). Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris pacientul diagnosticul şi tratamentul prescris.

(9) Prin medici/medici dentişti/medici stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractelor

Articolul 161

(1)În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină comunitară locală sau sezonieră, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. p), se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

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

c)la a treia constatare, diminuarea cu 15% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 153 lit. a) - f), h), j) - o), q) - ţ), u) - w), y), aa) şi ab) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

b)la a doua constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c)la a treia constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. b) nu se aplică sancţiuni, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3)În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. g) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum şi în cazul în care se constată eliberarea şi raportarea de medicamente expirate, se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă faţă de documentele de intrare şi ieşire pentru medicamentele eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare se înţelege: raportarea unui medicament cu un alt deţinător de autorizaţie de punere pe piaţă, precum şi situaţiile în care furnizorul nu deţine documente justificative pentru raportarea efectuată.

(4)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea prescripţiilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de medicamente, aduce la cunoştinţa furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(8) Casele de asigurări de sănătate informează CFR, precum şi Ministerul Sănătăţii sau ANMDMR, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancţiuni pentru nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 153 lit. i) şi p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competenţă

(9) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

Articolul 162

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. b) - f), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilităţii dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

c)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative, respectiv pentru o perioadă de până la 180 de zile pentru motive întemeiate sau pentru motive obiective invocate de deţinătorul autorizaţiei pentru care Ministerul Sănătăţii a aprobat întreruperea activităţii farmaciei potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

(2) Prevederile referitoare la condiţiile de suspendare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

Articolul 163

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a)dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b)dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c)în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilităţii autorizaţiei de funcţionare;

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

e)dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f)odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 161 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societăţii a sancţiunilor prevăzute la art. 161 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii se aplică măsurile prevăzute la art. 161 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g)odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 161 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr- o declaraţie scrisă;

h)în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

i)la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. x).

(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g) şi i) pentru nerespectarea prevederilor art. 153 lit. f), g), q) şi x) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 164

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:

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

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

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

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

b)din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

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

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 162 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condiţiile de încetare se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

Capitolul XII
Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

Secţiunea 1
Condiţii de eligibilitate

Articolul 165

(1) Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale/punctele de lucru ale acestora care, în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

a)sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia farmaciilor care deţin autorizaţie de funcţionare emisă de Ministerul Sănătăţii în acest sens;

b)sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare - pentru furnizorii care desfăşoară doar activitate de comercializare a dispozitivelor medicale;

c)sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare - pentru furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum şi pentru furnizorii care desfăşoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale, cât şi de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă;

d)transmit, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 166 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) ale aceluiaşi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, aflate în derulare, îşi păstrează valabilitatea cu condiţia ca dispozitivele medicale recomandate să se regăsească în pachetul de bază.

Secţiunea a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului

Articolul 166

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, şi casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a)cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b)dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul doreşte să intre în relaţie contractuală.

c)dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum şi a punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligaţie potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

d)certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de menţiuni cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înfiinţare conform prevederilor legale în vigoare;

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

f)certificatul/certificatele de înregistrare ale dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;

g)avizul de funcţionare, după caz;

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

i)lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele medicale, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j)lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

k)programul de lucru, conform modelului prevăzut în norme:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l)copie de pe actul constitutiv;

m)împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

n)declaraţie a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute în prezenta hotărâre şi în norme;

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Secţiunea a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de dispozitive medicale

Articolul 167

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele obligaţii:

a)să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

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

c)să livreze dispozitivele medicale la sediul social lucrativ, punctul/punctele de lucru sau prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru, prevăzute în contract;

d)să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare a dispozitivului medical;

e)să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f)să nu modifice preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i), cu excepţia perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1);

g)să întocmească şi să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale facturile însoţite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform şi în condiţiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi

reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

h)să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

i)să anunţe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

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

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

l)să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;

m)să asigure acordarea dispozitivelor medicale beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

n)să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

o)să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

p)să anunţe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen;

q)să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situaţia în care dispozitivul medical se eliberează prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data

expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale;

r)să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile lit. q), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparţinătorul beneficiarului - membru al familiei (cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situaţia în care dispozitivul medical se eliberează prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s)să livreze, în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, numai dispozitivele medicale care corespund denumirii şi tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază şi respectă condiţiile de acordare prevăzute în prezentul contract-cadru şi în norme; nerespectarea acestei obligaţii conduce la rezilierea contractului şi recuperarea de către casa de asigurări de sănătate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale care nu au îndeplinit aceste cerinţe.

ş)să asigure acordarea dispozitivelor medicale persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

t)să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

ţ)să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale la solicitarea acesteia, în formatul solicitat;

Articolul 168

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:

a)să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise şi documentelor însoţitoare, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora;

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

c)să încaseze contribuţie personală de la asiguraţi, în condiţiile prevăzute în norme;

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

e)să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale;

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

Secţiunea a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Articolul 169

În relaţiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a)să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale care îndeplinesc condiţiile de eligibilitate, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista, în ordine alfabetică, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b)să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2), furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare, precum şi în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin poşta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

c)să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

d)să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat, la care anexează un exemplar al recomandării medicale; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în norme;

e)să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical şi să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru pentru informarea asiguratului;

f)să respecte dreptul asiguratului de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;

g)să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h)să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate;

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

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

k)să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia dispozitive medicale în ambulatoriu, precum şi orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

l)să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

m)să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii şi tipuri de dispozitive medicale precum şi sumele decontate fiecărui furnizor de dispozitive medicale;

n)să comunice furnizorilor, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale.

Secţiunea a 5-a
Decontarea dispozitivelor medicale

Articolul 170

(1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este preţul de referinţă ori, după caz, suma de închiriere. Preţurile de referinţă şi sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute în norme.

(2) 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 medicale acordate pentru o perioadă determinată.

Articolul 171

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, şi factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă, respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, prevăzută în norme, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere prevăzută în norme, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna

respective, cu excepţia pacienţilor internaţi care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

Articolul 172

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Articolul 173

(1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripţiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, şi a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I şi II, soţ/soţie, 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 îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului. Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidenţe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale. Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate şi prin poştă sau prin mijloace de comunicare electronică.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul. Pentru cateterul urinar recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, în condiţiile prevăzute în norme.

(3) Modul de prescriere, procurare/închiriere şi decontare a dispozitivelor medicale se detaliază prin norme.

(4) Medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale, trebuie să respecte prevederile art. 389 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în relaţia cu furnizorii de dispozitive medicale.

Secţiunea a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

Articolul 174

(1)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligaţii prevăzute la art. 167 lit. a) - e), h) - p), ş) şi t) se aplică următoarele sancţiuni:

a)la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(2)În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiţii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea dispozitivelor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(3) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) şi (2) pentru furnizorii de dispozitive medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin

plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de dispozitive medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de dispozitive medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de dispozitive medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de dispozitive medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de dispozitive medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(4) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(6) Sancţiunile prevăzute la alin. (1) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancţiuni.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

Articolul 175

Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

b)la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

c)încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 166 alin. (1) lit. b) - e) şi h) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilităţii dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, suspendarea operează prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie.

Articolul 176

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare a furnizorului de dispozitive medicale;

b)expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilităţii/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

c)furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătăţii/ANMDMR, ori documente de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d)la prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 174 alin. (1);

e)refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative şi pe cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind decontarea din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f)dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

(2) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 167 lit. f) şi ţ).

Articolul 177

Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:

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

a1)încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2)încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;

b)din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c)acordul de voinţă al părţilor;

d)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e)denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 175 lit. c), cu excepţia retragerii avizului de funcţionare a furnizorului şi a încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul XIII
Dispoziţii finale

Articolul 178

Centrele de sănătate cu personalitate juridică înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care au în structură paturi de spital şi ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfăşurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleaşi prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru la capitolele II - VI şi în norme, referitoare la serviciile medicale spitaliceşti şi serviciile medicale ambulatorii.

Articolul 179

Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are în vedere la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate şi activitatea medicală desfăşurată în centrul de sănătate, considerat secţie a spitalului respectiv.

Articolul 180

Pentru centrele de sănătate fără paturi şi fără personalitate juridică, înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are în vedere la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate şi activitatea medicală desfăşurată în centrul de sănătate.

Articolul 181

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanţii legali ai centrelor de sănătate multifuncţionale înfiinţate ca unităţi cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistenţă medicală potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru din capitolele care reglementează tipurile de asistenţă medicală pentru acordarea cărora sunt autorizate şi ale normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte/acte adiţionale de furnizare de servicii medicale cu reprezentanţii legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate

juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistenţă medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncţional, conform prevederilor contractului-cadru şi ale normelor.

Articolul 182

(1)Începând cu data intrării în vigoare a dispoziţiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor şi a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Contractele/Actele adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, precum şi actele adiţionale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât şi de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă/calificată.

(3) Documentele necesare derulării relaţiei contractuale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului sau persoana desemnată de acesta, cât şi de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă, şi transmise prin mijloace de comunicare electronică.

Articolul 183

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi de dispozitive medicale aflate în derulare până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, se prelungesc prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte, după caz. Suma înscrisă în actul adiţional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul încheiat în temeiul prezentei hotărâri. Condiţiile acordării asistenţei medicale în baza actului adiţional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiţionale.

Articolul 184

Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în desfăşurarea activităţii de prevenţie, diagnostic şi tratament, pe perioada declarării unei epidemii, trebuie să aibă în vedere o corectă evaluare, monitorizare şi tratare a categoriilor de persoane expuse la risc în vederea limitării extinderii epidemiei.

Articolul 185

(1)În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepţia celor prevăzute de legislaţia în vigoare, reprezentanţii CFR au dreptul de a participa la verificările făcute de organele de control ale Casei Naţionale 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 situaţie.

(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 situaţie, începând cu data la care situaţia este constatată de către casa de asigurări de sănătate.

Articolul 186

(1) Prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale se face în condiţiile prevăzute în norme.

(2) Este interzisă reţinerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale a cardurilor naţionale de asigurări sociale de sănătate activate.

(3)În situaţia nerespectării prevederilor alin. (2) se anunţă organele abilitate potrivit legii.

(4) Este interzisă utilizarea semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. În cazul nerespectării acestei prevederi, se vor anunţa organele abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun.

Articolul 187

Furnizorii de servicii medicale sunt obligaţi să transmită direcţiilor de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceştia, pentru

cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 657/2022 privind aprobarea conţinutului şi a metodologiei de colectare şi raportare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile în Registrul unic de boli transmisibile şi de Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1738/2022 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la modalitatea şi frecvenţa de raportare de către furnizorii de servicii medicale, precum şi circuitul informaţional al fişei unice de raportare a bolilor transmisibile şi pentru aprobarea Sistemului de alertă precoce şi reacţie privind prevenirea şi controlul bolilor transmisibile.

Articolul 188

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a)să raporteze Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfăşurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceştia, precum şi evidenţa asiguraţilor şi a documentelor justificative utilizate în formatul şi la termenele prevăzute;

b)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 relaţie contractuală şi să afişeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;

c)să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

d)să ţină evidenţa deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale, precum şi evidenţa dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

e)să controleze actele de evidenţă financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

f)să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

g)să organizeze evidenţa contractelor şi să publice pe site-ul propriu informaţiile privind datele de contact ale furnizorilor din ambulatoriul de specialitate clinic care au încheiate contracte cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi în baza Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare şi, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, conform prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare, respectiv cu specialiştii care acordă servicii de sănătate conexe actului medical care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;

h)să respecte prevederile Planului naţional de paturi;

i)să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j)să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor şi materialelor sanitare în tratamentul ambulatoriu, respectiv a dispozitivelor medicale în ambulatoriu, acordate, după caz, posesorilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;

k)să afişeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi dispozitivele medicale în ambulatoriu, la nivelul fiecărui furnizor;

l)să aducă la cunoştinţa persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 200 alin. (1) - (3), posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora;

m)să pună la dispoziţia spitalelor şi a medicilor cu specialităţi clinice cu care se află în relaţie contractuală, adresele de e-mail ale medicilor de familie cu care se află în relaţie contractuală, astfel încât acestea să poată transmită scrisoarea medicală/biletul de externare medicului de familie pe lista căruia se află înscris pacientul, cu respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal şi protecţia acestora;

n)să organizeze, împreună cu direcţiile de sănătate publică, trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale, întâlniri cu furnizorii, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare; anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

o)să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru persoanele care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

p)să afişeze pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce priveşte serviciile acordate în asistenţa medical primară şi asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afişa preţul de referinţă ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în norme.

Articolul 189

(1) Casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale au obligaţia de a respecta prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679, precum şi celelalte reglementări din domeniul protecţiei datelor, cu modificările ulterioare.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să respecte calitatea serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(3) Furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale au obligaţia să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal; nerespectarea acestei obligaţii se sancţionează potrivit legii de către autorităţile competente.

(4) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi (1^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale conform normelor; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu încasează sume pentru documentele medicale necesare evaluării şi reevaluării medicale şi psihologice în vederea încadrării în grad de handicap, precum şi în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire eliberate potrivit domeniului de competenţă, în urma serviciilor acordate.

(6) Efectuarea de servicii medicale peste suma contractată prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, de către furnizorii la care este prevăzută valoare de contract, se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

(7) Furnizorii de servicii medicale şi furnizorii de îngrijiri la domiciliu au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(8) Furnizorii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să asigure integritatea, confidenţialitatea şi disponibilitatea datelor gestionate în vederea raportării serviciilor medicale efectuate, în conformitate cu legislaţia specifică [Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016, cu modificările ulterioare, Legea nr. 362/2018 privind asigurarea unui nivel comun ridicat de securitate a reţelelor şi sistemelor informatice, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi celelalte reglementări din domeniul protecţiei datelor.]

Articolul 190

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum şi modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme de la data implementării acesteia.

Articolul 191

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor, sau după data semnării contractului/convenţiei şi care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. În înţelesul prezentului contract-cadru, prin forţă majoră se înţelege: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo. Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră, şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore.

Articolul 192

(1) Documentele justificative privind raportarea activităţii realizate se stabilesc prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate organizează şi administrează platforma informatică din asigurările de sănătate în condiţiile legii.

(3) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale din sistemul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor metodologice de aplicare a prezentei hotărâri de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al miniştrilor şi conducătorilor instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii.

(4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate afişează pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce priveşte serviciile acordate în asistenţa medical primară şi asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afişa preţul de referinţă ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în norme.

Articolul 193

(1) Serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate şi în limitele prevăzute de legislaţia în vigoare, cu respectarea modelelor de contract prevăzute în norme.

(2) Utilizarea modelelor de contract este obligatorie, părţile contractante putând negocia şi insera în cuprinsul contractelor clauze suplimentare, potrivit prevederilor art. 256 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condiţiile legii, de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după reţinerea la dispoziţia sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinaţie. Această sumă se utilizează în situaţii justificate, în condiţiile legii, şi se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.

Articolul 194

Condiţiile acordării asistenţei medicale se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât şi celor privaţi.

Articolul 195

(1)În cazul modificării sediului social nelucrativ, formei de organizare sau a denumirii furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, încheiate cu casele de asigurări de sănătate îşi păstrează valabilitatea dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiţii:

a)notificarea casei de asigurări de sănătate cu privire la aceste modificări de la data înregistrării acestora, cu obligaţia furnizorului de a depune, până la data convenită între furnizor şi casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligaţii conduce la încetarea relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adiţional încheiat între părţi cu clauză suspensivă;

b)depunerea, împreună cu notificarea prevăzută la lit. a), a unei declaraţii pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia activitatea medicală care face obiectul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate se desfăşoară în aceleaşi condiţii avute în vedere la intrarea în relaţie contractuală;

c)codul unic de înregistrare nu se modifică.

(2)În cazul reorganizării furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, cu personalitate juridică, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia celor din asistenţa medicală primară, prin transferul total sau parţial al activităţii medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate - pentru acelaşi domeniu/aceleaşi domenii de asistenţă medicală, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleaşi condiţii, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente activităţii medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activităţii medicale, cu condiţia ca activitatea medicală preluată să se desfăşoare în aceleaşi condiţii avute în vedere la intrarea în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declaraţii pe propria răspundere a acestuia.

Prin transfer parţial al activităţii medicale se înţelege transferul activităţii aferente unui/unor domeniu/domenii de asistenţă medicală, medicamente şi dispozitive medicale.

Furnizorul are obligaţia de a depune, până la data convenită între furnizor şi casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligaţii conduce la încetarea relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Modificarea va face obiectul unui act adiţional încheiat între părţi cu clauză suspensivă.

(3)În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unor furnizori de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condiţiile prevăzute anterior sunt aplicabile şi situaţiilor în care furnizorul care a preluat drepturile şi obligaţiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală aferentă domeniului/domeniilor de asistenţă medicală preluate.

Articolul 196

(1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 193 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acţiuni multianuale şi se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract. În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale. Angajamentele legale din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament şi creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.

(3) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 25 decontarea activităţii desfăşurate în perioada 1 - 15 a lunii, raportată şi validată în PIAS, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale.

Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale acordate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare şi de angajament aprobate cu această destinaţie prin legile bugetare anuale.

(5) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale prestate până la data încetării contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate prin decesul titularului cabinetului medical individual se stabileşte prin norme.

Articolul 197

(1) Anual, după comunicarea de către CNAS a filei de buget anuale pentru anul în curs, casele de asigurări de sănătate organizează o perioadă de contractare pentru toate domeniile de asistenţă medicală, medicamente şi dispozitive medicale.

(2) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afişare la sediile instituţiilor, publicare pe paginile web ale acestora şi anunţ în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

(3)În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente şi de dispozitive medicale depun/transmit cererile însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite şi comunicate de către casele de asigurări de sănătate şi nu participă la negocierea şi încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfăşura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepţia situaţiilor ce constituie cazuri de forţă majoră, confirmate de autoritatea publică competentă şi notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 198

Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistenţă.

Articolul 199

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, precum şi a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii, pe baza facturii şi documentelor justificative stabilite prin ordin al preşedintelui CNAS, care se depun/transmit şi se înregistrează la casele de asigurări de sănătate în luna următoare celei pentru care se face raportarea activităţii realizate.

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

(3) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea contractelor dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform art. 307 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

Articolul 200

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

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

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

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

Articolul 201

(1) Organizarea şi efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu şi a dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa în calitate de experţi şi reprezentanţi ai CMR, CMSR, CFR şi ai OAMGMAMR.

(2) La efectuarea controlului de către reprezentanţii Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanţilor CMR, CMSR, CFR şi ai OAMGMAMR, după caz, aceştia participă la efectuarea controlului.

(3) Controlul privind respectarea obligaţiilor contractuale ale furnizorilor se organizează şi se efectuează de către casele de asigurări de sănătate şi/sau de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(4)În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională 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 Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Articolul 202

(1) Furnizorii au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documente medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancţionează conform prevederilor prezentei hotărâri şi poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Articolul 203

(1) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală. Contravaloarea serviciilor medicale, precum şi a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din sumele prevăzute pentru asigurarea de accidente de muncă şi boli profesionale în bugetul asigurărilor sociale de stat, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plăţile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se încasează în contul de restituiri din finanţarea bugetară a anilor precedenţi.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia:

a)să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală în vederea decontării;

b)să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care răspund potrivit legii şi au obligaţia reparării prejudiciului produs şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, 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 plăţile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se încasează în contul de restituiri din finanţarea bugetară a anilor precedenţi.

Articolul 204

Furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu au obligaţia:

a)să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate şi decontate din bugetul Fondului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2);

b)să raporteze, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la tarifele/preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi.

Articolul 205

(1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care acordă servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare au obligaţia să acorde servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma

în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivelor medicale acordate persoanelor menţionate la alin. (1), până la data atribuirii codului numeric personal de către Direcţia pentru Evidenţa Persoanelor şi Administrarea Bazelor de Date, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Articolul 206

Potrivit prevederilor prezentei hotărâri, atribuţiile care revin direcţiilor de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti sunt exercitate şi de către direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, precum şi de către autorităţile administraţiei publice locale care au preluat managementul asistenţei medicale spitaliceşti.

Articolul 207

(1) Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(2) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale depun o declaraţie pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Dispoziţiile alin. (2) nu sunt aplicabile pentru situaţiile prevăzute de prezentul contract-cadru şi normele metodologice de aplicare a acestuia, precum şi pentru situaţiile rezultate ca urmare a desfăşurării activităţii specifice proprii de către furnizori.

(4)În situaţia în care se constată de către autorităţile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispoziţiilor prevăzute la alin. (2), contractul se reziliază de plin drept.

(5)În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condiţiile prevăzute la alin. (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităţilor care preiau drepturile şi obligaţiile acestora sau care au acelaşi reprezentant legal şi/sau acelaşi acţionariat.

Articolul 208

(1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistenţă medicală gratuită suportată din Fond, în condiţiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât şi suma aferentă contribuţiei personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligaţie de plată pentru asigurat, cu excepţia asiguraţilor care optează să beneficieze de unele servicii medicale în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate şi ambulatoriu paraclinic de specialitate acordate de furnizorii privaţi care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, prevăzuţi la art. 230 alin. (2^1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asiguraţii prevăzuţi în Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările şi completările ulterioare, şi în Legea nr. 360/2002 privind Statutul poliţistului, cu modificările şi completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

Articolul 209

(1)În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale şi dispozitivele medicale se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS de către furnizorii de servicii medicale şi de dispozitive medicale a serviciilor acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS şi a serviciilor acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform

prevederilor contractuale, se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale/de dispozitive medicale şi casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcţionării PIAS în perioada de raportare a serviciilor medicale/dispozitivelor medicale.

Articolul 210

(1)În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea PIAS constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente eliberează în sistem off-line medicamentele din prescripţiile medicale on-line şi off-line, în condiţiile prevăzute în norme. În aceste situaţii medicamentele prescrise nu se eliberează fracţionat. Transmiterea în PIAS de către furnizorii de medicamente a medicamentelor eliberate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de medicamente şi casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcţionării PIAS în perioada de raportare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu eliberate.

Articolul 211

Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale acordate/eliberate off-line la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcţionării sistemului naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate se validează strict pentru aceste erori.

Articolul 212

Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activităţii lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcţionarea oricărei componente PIAS în condiţiile art. 209 - 211. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line şi/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilităţii de a utiliza on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS, ca urmare a întreruperii în funcţionarea acestuia, şi se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Articolul 213

Datele necesare pentru stabilirea calităţii de asigurat sunt puse la dispoziţia Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate, potrivit legii, de către autorităţile, instituţiile publice şi alte instituţii care răspund de corectitudinea datelor transmise. Datele puse la dispoziţia Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate produc efecte în ceea ce priveşte calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepţia datei decesului sau naşterii persoanei, care produc efecte de la data înregistrării evenimentului, precum şi a persoanelor fizice prevăzute la art. 223 alin. (1^2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care au fost înregistrate de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

Articolul 214

Pentru situaţiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepţia reprezentanţilor legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu şi fără contribuţie personală/dispozitive medicale şi a persoanelor care desfăşoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi şi pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraţilor.

Articolul 215

Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic şi medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea sub incidenţa unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă şi jumătate, indiferent de forma legală în care îşi desfăşoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Articolul 216

În cuprinsul prezentului contract-cadru, termenii şi expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:

a)condiţii de eligibilitate - condiţiile necesare a fi îndeplinite, după caz, de către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b)case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.;

c)cazurile de urgenţă medico-chirurgicală - cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

d)dispozitive medicale - potrivit definiţiei prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. i) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

e)episodul de boală pentru afecţiuni acute este iniţiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate pentru o problemă de sănătate şi este limitat în timp, de regulă la 3 luni - fie prin evoluţia cu durată limitată a bolii către vindecare, fie prin transformarea în boală cronică -, problema de sănătate nou-apărută primeşte un diagnostic de boală cronică;

f)fond - Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

g)norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

h)pachetul de servicii de bază - potrivit definiţiei prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

i)pachetul minimal de servicii - potrivit definiţiei prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

j)serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură;

k)spitalizarea evitabilă - spitalizarea continuă care apare pentru afecţiuni care pot fi abordate şi rezolvate prin servicii medicale eficace şi acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sănătate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi.

Articolul 217

(1) Prezentul contract - cadru reglementează condiţiile acordării următoarelor tipuri de asistenţă medicală:

a)Asistenţa medicală primară;

b)Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice;

c)Asistenţa medicală ambulatorie de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu ;

d)Asistenţa medicală dentară;

e)Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice;

f)Asistenţa medicală spitalicească;

g)Îngrijiri medicale la domiciliu;

h)Îngrijiri paliative la domiciliu;

i)Asistenţa medicală de recuperare medicală, medicină fizică şi de reabilitare în sanatorii şi preventorii;

j)Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat.

(2) Prezentul contract cadru reglementează şi condiţiile acordării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu.

Capitolul XIV
Dispoziţii pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare

Articolul 218

(1) Investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum şi a pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, afecţiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii paraclinice, întocmite distinct şi eliberate de medicii de familie, precum şi de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru afecţiunile respective, potrivit Anexei 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi a Instrucţiunilor privind utilizarea şi modul de completare a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Efectuarea investigaţiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigaţiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice ţin evidenţe distincte.

(4) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice, prin acte adiţionale, cu contravaloarea investigaţiilor paraclinice prevăzute la alin. (1).

Articolul 219

Serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unităţile sanitare cu paturi, contractate potrivit prevederilor capitolului VI, se decontează la nivelul realizat, conform actelor adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depăşit nivelul contractat, cu respectarea condiţiilor de raportare, validare şi decontare astfel cum sunt acestea reglementate la capitolul VI.

Articolul 220

Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează serviciile medicale acordate în centrele de evaluare organizate la nivelul unităţilor sanitare cu paturi în vederea evaluării şi tratării pacienţilor confirmaţi cu COVID-19, precum şi pentru persoanele asigurate din sistemul de asigurări sociale de sănătate, pentru unele afecţiuni, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti, de către Institutul Naţional de Sănătate Publică, de către unităţile sanitare, precum şi de către serviciile de ambulanţă judeţene şi Serviciul de Ambulanţă Bucureşti-Ilfov şi de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătăţii publice în situaţii de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările şi completările ulterioare, cu respectarea prevederilor art. VII şi VIII din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările şi completările ulterioare.

Articolul 221

Dispoziţiile prezentului capitol se aplică pe toate perioada de aplicabilitate a art. IV,VII - IX din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările şi completările ulterioare.
