

ORDIN nr. 1.781 din 28 decembrie 2006
pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul
sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007
EMITENT: MINISTERUL SANATATII PUBLICE
Nr. 1.781 din 28 decembrie 2006
CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
Nr. CV 558 din 15 decembrie 2006
PUBLICAT IN: MONITORUL OFICIAL nr. 1.057 din 30 decembrie 2006

In temeiul prevederilor art. 217 din titlul VIII "Asigurari sociale de sanatate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul
sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, ale Hotararii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea si functionarea
Ministerului Sanatatii Publice, ale Hotararii Guvernului nr. 1.842/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind conditiile
acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007 si ale Hotararii Guvernului nr.
972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,

ministrul sanatatii publice si presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emit urmatoorul ordin:

ART. 1

Se aproba Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul
sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, prevazute in anexele nr. 1-37*) care fac parte integranta din
prezentul ordin.

*) Anexele nr. 1-37 se publica ulterior in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 1.057 bis in afara abonamentului, care se
poate achizitiona de la Centrul pentru relatii cu publicul al Regiei Autonome "Monitorul Oficial", Bucuresti, sos. Panduri nr. 1.

ART. 2

Prevederile prezentului ordin intra in vigoare la data de 1 ianuarie 2007. De la aceasta data isi inceteaza aplicabilitatea Ordinul
ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 681/243/2006 pentru aprobarea
Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de
asigurari sociale de sanatate, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 569 si 569 bis din 30 iunie 2006, cu
modificarile si completarile ulterioare.

ART. 3

Prezentul ordin va fi publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Ministrul sanatatii publice,
Gheorghe Eugen Nicolaescu

Presedintele Casei Nationale
de Asigurari de Sanatate,
Cristian Vladescu

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA

CAP. I

PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA

A. Servicii profilactice:

1. Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorie a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
- b) la 1 luna - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;
- h) la 15 luni;
- i) la 18 luni.

Nota: examenul de bilanț până la vârsta de 12 luni inclusiv, cuprinde obligatoriu și promovarea activă a alimentației exclusive la
săn a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni.

2. Supravegherea gravidei și stabilirea gradului de risc conform normelor metodologice emise de Ministerul Sanatatii Publice:

- a) luarea în evidență în primul trimestru;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a
- c) supravegherea, de două ori pe luna, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
- d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate TM la domiciliu;
- e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;
- f) consiliere pre și post testare pentru HIV și luea a femeii gravide.

Nota: În cadrul supravegherii gravidei se va face și promovarea alimentației exclusive la săn a copilului până la vârsta de 6 luni
și continuarea acesteia până la minim 12 luni.

3. Examen de bilanț anual al copiilor de la 2 la 18 ani.

4. Control medical al asiguraților în vârsta de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și
mortalitate.

Controlul medical cuprinde:

- consultație (anamneza, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice
consemnate în foaia de observație.

- incadrarea medicala a asiguratului intr-o grupa de risc.

5. Imunizari:

I. conform programului national de imunizari:

- a) antituberculoasa - vaccin BCG;
- b) revaccinare BCG, dupa caz, dupa verificarea cicatricei post primo vaccinare;
- c) testarea PPD;
- d) antihepatita B;
- e) antipoliomielitica VPO si VPI;
- f) impotriva difteriei, tetanosului si tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicata);
- g) antirujeolica si antirujeolica-antirubeolica-antiurliana;
- h) impotriva difteriei si tetanosului - DT (revaccinare);
- i) impotriva difteriei si tetanosului la adulti- dT (revaccinare);
- j) impotriva tetanosului - dT sau VTA;
- k) antirubeolica

II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-nascut;

III. alte vaccinari in caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sanatatii publice.

6. Educatie medico-sanitara si consiliere pentru prevenirea si combaterea factorilor de risc, precum si consilierea antidrog.

7. a) Controale periodice - epicriza de etapa pentru afectiunile care necesita dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sanatatii Publice:

TM insuficienta cardiaca cronica clasa III si IV -NIHA

- diabet zaharat tip II - pentru asiguratii aflati in tratament cu antidiabetice orale

- HTA cu AVC

b) Controale periodice TM epicriza de etapa pentru afectiunile care necesita dispensarizare conform normelor stabilite de Ministerul Sanatatii Publice, altele decat cele mentionate la lit. a).

8. Bolnav TBC nou, descoperit activ de medicul de familie, trimis si confirmat de specialist.

B. Servicii medicale curative:

1. Consultatie (anamneza, examen obiectiv, diagnostic) in caz de boala sau accident.

2. Manevre de mica chirurgie si tratament injectabil, dupa caz.

3. Prescriere de tratament medical si igienico-dietetic.

4. Recomandare de investigatii paraclinice pentru stabilirea diagnosticului, prin bilet de trimitere, ca o consecinta a actului medical propriu.

5. Eliberare de bilet de trimitere pentru cazurile care depasesc competenta medicului de familie, cu scurt istoric medical al asiguratului, catre alte specialitati sau in vederea internarii. Medicul de familie consemneaza in biletul de trimitere sau va atasa la acesta rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu atunci cand acestea au fost necesare pentru a sustine si/sau confirma diagnosticul mentionat pe biletul de trimitere in vederea internarii si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea.

6. Luarea in evidenta a bolnavului TBC confirmat de medicul de specialitate, urmarirea si aplicarea tratamentului strict supravegheat, pana la scoaterea din evidenta pe baza schemei TSS si numai pentru situatiile in care medicul de familie este direct implicat in administrarea acestei scheme. Pentru persoanele care refuza aplicarea tratamentului medicii de familie vor apela la sprijinul organelor de politie si al autoritatilor publice locale.

7. Asistenta medicala la domiciliu in cadrul programului de lucru stabilit pentru aceasta, pentru situatiile in care medicul de familie considera necesara aceasta deplasare.

8. Monitorizarea tratamentului si a evolutiei starii de sanatate a bolnavilor cronici.

C. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta:

a) asistenta medicala in urgente medico-chirurgicale (anamneza, examen clinic si tratament), in limita competentei medicului de familie si a posibilitatilor tehnice medicale;

b) trimitere, pentru cazurile care depasesc competenta medicului de familie, catre alte specialitati sau in vederea internarii, dupa caz.

Asiguratii beneficiaza de aceste servicii, indiferent de medicul de familie pe lista caruia sunt inscrisi.

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa de urgenta.

Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta se acorda:

1) in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de lucru stabilit,

2) in afara acestui program:

2.1) de medicii de familie din centrele de permanenta;

2.2) de medicii de familie care domiciliaza in localitatile respective si fac dovada in acest sens, in localitatile in care nu sunt organizate centre de permanenta, precum localitati izolate, greu accesibile, cu un numar mic de locuitori si cu un numar redus de medici;

2.3) de unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate ce asigura serviciile medicale de urgenta si transport medical.

D. Activitati de suport:

Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, certificat de deces, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, certificat medical pentru ingrijirea copilului bolnav, conform prevederilor legale; adeverinte medicale pentru copii necesare inscrierii in colectivitati; scutiri medicale pentru copii in caz de imbolnaviri; adeverinte medicale solicitate de personalul sanitar pentru exercitarea profesiei precum si de celalalt personal angajat in sistemul sanitar si al asigurarilor sociale de sanatate.

E. Activitati necesare in limita domeniului de competenta a asistentei medicale primare.

CAP. II

PACHET MINIMAL DE SERVICII MEDICALE

A. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta:

a) asistenta medicala in urgente medico-chirurgicale (anamneza, examen clinic si tratament), in limita competentei si a posibilitatilor tehnice medicale;

b) trimitere, pentru cazurile care depasesc competenta medicului de familie, catre alte specialitati sau in vederea internarii, dupa caz.

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa de urgenta.

Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta se acorda:

1) in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de lucru stabilit,

2) in afara acestui program:

2.1) de medicii de familie din centrele de permanenta;

2.2) de medicii de familie care domiciliaza in localitatile respective si fac dovada in acest sens, in localitatile in care nu sunt organizate centre de permanenta, precum localitati izolate, greu accesibile, cu un numar mic de locuitori si cu un numar redus de medici;

2.3) de unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, ce asigura serviciile medicale de urgenta si transport medical

Se raporteaza si se deconteaza o singura consultatie pe persoana pentru fiecare situatie de urgenta cu mentionarea diagnosticului.

B. Supraveghere si depistare de boli cu potential endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament.)

C. Imunizari:

I. conform programului national de imunizari:

a) antituberculoasa - vaccin BCG;

b) revaccinare BCG, dupa caz, dupa verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) testarea PPD;

d) antihepatita B;

e) antipoliomielitica VPO si VPI;

f) impotriva difteriei, tetanosului si tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicata);

g) antirujeolica si antirujeolica-antirubeolica-antiurliana;

h) impotriva difteriei si tetanosului - DT (revaccinare);

i) impotriva difteriei si tetanosului la adulti- dT (revaccinare);

j) impotriva tetanosului - dT sau VTA.

k) antirubeolica

II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-nascut.

III. alte vaccinari in caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sanatatii publice.

CAP. III

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE PENTRU PERSOANELE CARE SE ASIGURA FACULTATIV

A. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta:

a) asistenta medicala in urgente medico-chirurgicale (anamneza, examen clinic si tratament), in limita competentei si a posibilitatilor tehnice medicale;

b) trimitere, pentru cazurile care depasesc competenta medicului de familie, catre alte specialitati sau in vederea internarii, dupa caz.

Medicatia pentru cazurile de urgenta se asigura din trusa de urgenta.

Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta se acorda:

1) in cabinetul medicului de familie, in cadrul programului de lucru stabilit,

2) in afara acestui program:

2.1) de medicii de familie din centrele de permanenta;

2.2) de medicii de familie care domiciliaza in localitatile respective si fac dovada in acest sens, in localitatile in care nu sunt organizate centre de permanenta, precum localitati izolate, greu accesibile, cu un numar mic de locuitori si cu un numar redus de medici;

2.3) de unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, ce asigura serviciile medicale de urgenta si transport medical

B. Supraveghere si depistare de boli cu potential endemo - epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament).

C. Supravegherea gravidei si stabilirea gradului de risc, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sanatatii Publice:

a) luarea in evidenta in primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a pana in luna a 7-a

c) supravegherea, de doua ori pe luna, din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv;

d) urmarirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmarirea leuzei la 4 saptamani de la nastere;

Nota: In cadrul supravegherii gravidei se va face si promovarea alimentatiei exclusive la san a copilului pana la varsta de 6 luni si continuarea acesteia pana la minim 12 luni.

D. Imunizari:

I. conform programului national de imunizari:

a) antituberculoasa - vaccin BCG;

b) revaccinare BCG, dupa caz, dupa verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) testarea PPD;

d) antihepatita B;

e) antipoliomielitica VPO si VPI;

f) impotriva difteriei, tetanosului si tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicata);

g) antirujeolica si antirujeolica-antirubeolica-antiurliana;

h) impotriva difteriei si tetanosului - DT (revaccinare);

i) impotriva difteriei si tetanosului la adulti - dT (revaccinare);

j) impotriva tetanosului - dT sau VTA;

k) antirubeolica.

- II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-nascut;
- III. alte vaccinari in caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sanatatii publice.

E. Servicii medicale curative:

Consultatie pentru afectiuni acute intercurrente (anamneza, examen obiectiv, diagnostic si tratament).

Tratamentul prescris se recomanda prin prescriptie contra cost.

NOTA:

Cetatenii straini titulari de card european beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute a Cap. III lit. A, B si E, iar in cazul literei E beneficiaza de prescriptii pentru medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu. Cetatenii straini titulari de card european se pot prezenta la oricare medic de familie aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

ANEXA 2

MODALITATILE DE PLATA

in asistenta medicala primara pentru furnizarea de servicii medicale prevazute in pachetul de servicii de baza, in pachetul minimal de servicii medicale precu in pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ

ART. 1

(1) Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoana asigurata, conform listei proprii de asigurati si plata prin tarif pe serviciu medical, pentru unele servicii medicale prevazute in pachetul de servicii de baza ce se acorda asiguratilor din lista proprie, pentru serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ, precum si pentru serviciile medicale acordate cetatenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european.

(2) Suma convenita prin plata "per capita" pentru serviciile mentionate la lit. e) se calculeaza prin inmultirea numarului de puncte rezultat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta a asiguratilor inscrisi in lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat in functie de conditiile prevazute la lit. d), cu valoarea stabilita pentru un punct.

a) numarul de puncte acordat in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta a asiguratilor se stabileste astfel:

1. numarul de puncte, acordat pe o persoana inscrisa in lista, in raport cu varsta asiguratului:

T				
Grupa de varsta	Sub 1 an	1-4 ani	5-59 de ani	60 de ani si peste
Numar de puncte/persoana/an	14,5	12	10	12,5

La stabilirea numarului de puncte in raport cu numarul si structura pe grupe de varsta a asiguratilor inscrisi in lista proprie a medicului de familie, pentru persoanele care nu au implinit varsta de pensionare si care au fost pensionate din motive de boala, in locul punctajului aferent grupei de varsta in care acestea se incadreaza se acorda 12,5 puncte/persoana/an;

2. in situatia in care in lista medicului de familie sunt inscrisi copii incredintati sau dati in plasament, potrivit legii, unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, numarul de puncte aferent acestora este:

- pentru grupa de varsta sub 1 an - 18,5 puncte;
- pentru grupa de varsta 1-4 ani - 16 puncte;
- pentru grupa de varsta 5-18 ani TM 13 puncte.

In situatia in care in lista medicului de familie sunt inscrise persoane institutionalizate in centre de ingrijire si asistenta care nu au medic incadrat, numarul de puncte aferent acestora este de 14,5 puncte pentru grupa de varsta 60 de ani si peste.

In acest sens, medicii de familie ataseaza la fisa medicala actele doveditoare pentru pensionarii pe motiv de boala inscrisi pe lista proprie si actele doveditoare care atesta calitatea de copil incredintat sau dat in plasament si de persoana institutionalizata.

3. la calculul numarului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau in considerare asiguratii inscrisi in lista medicului de familie, existenti in ultima zi a lunii precedente.

Miscarea asiguratilor dintr-o grupa de varsta in alta se face astfel: pentru asiguratii din grupa de varsta 0-1 an trecerea in grupa de varsta urmatoare se face in luna urmatoare implinirii varstei de 1 an; pentru asiguratii din grupele de varsta 1-4 ani, 5-59 de ani, 60 si peste 60 de ani inscrierea in grupele de varsta respective se face in functie de varsta implinita la data de 1 ianuarie a anului respectiv.

4. in situatia in care numarul total de puncte rezultat in raport cu numarul de asigurati de pe lista fiecarui medic de familie si structura acestora pe grupe de varsta este mai mare de 23.000 de puncte/an si numarul de asigurati inscrisi pe lista medicului de familie este mai mare de 2.000, punctele ce depasesc acest nivel se reduc cu 75% . Pentru cabinetele medicale din mediul rural: localitati izolate, greu accesibile si cu numar redus de medici de familie, reducerea numarului total de puncte este de 75% pentru punctele ce depasesc 35.000 de puncte pe an.

b) medicii nou-veniti intr-o localitate in conditiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 beneficiaza:

- 1) in primele 3 luni de la incheierea contractului, de 80% din numarul total de puncte rezultat potrivit lit. a).
- 2) pentru urmatoarele 3 luni de un venit stabilit in aceleasi conditii cu cel al medicilor de familie ce nu fac parte din aceasta categorie.

Pe parcursul celor 6 luni medicul de familie nou venit va respecta dreptul asiguratilor de a-si alege medicul de familie.

La sfarsitul celor 6 luni, medicii de familie pot continua relatia contractuala daca indeplinesc prevederile art. 22 alin. (3) si (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, privind numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrisi pe listele medicilor de familie.

c) medicii nou-veniti intr-o localitate in conditiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, chiar daca la sfarsitul celor 3 luni pentru care a avut incheiata conventie de furnizare de servicii medicale nu au inscris numarul

minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou veniți au obligația ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor trei luni.

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou venit are obligația de a înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006, venitul se stabilește conform lit. a)

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

l. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual de către autoritățile de sănătate publică și se aprobă de casele de asigurări de sănătate, ca urmare a punerii în aplicare a prevederilor ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovida confirmării gradului profesional

În situația în care titularul unui cabinet medical individual din mediul rural angajează un medic corectiv în raport cu gradul profesional al medicului titular se aplică la un număr de puncte de până la 23.000 inclusiv, iar în raport cu gradul profesional al medicului angajat, pentru punctele ce depășesc acest nivel;

e) serviciile cuprinse la cap. I lit. A pct. 2 lit. f) pct. 6 și 7 lit. b), lit. B pct. 1, 2, 3, 4, 5, 7 și 8, lit. C pct. 1), D și E din anexa nr. 1 sunt incluse în plată "per capita".

(3) Suma convenită pentru unele servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, precum și pentru serviciile medicale acordate cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plată pe serviciu medical este:

T

UAAZ

3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3
3	3	3	3

AA

31) Examen de bilant copii, conform Cap. I 3 3 3

3lit. A, pct. 1, lit a)- i) din anexa 1: 3 3 3

AA

3a) la externarea din maternitate la domiciliul 3 3 3

3copilului 3 15 3

AA

3b) la 1 luna, la domiciliul copilului 3 15 3

AA

3c) la 2 luni 3 8 3

AA

3d) la 4 luni 3 8 3

AA

3e) la 6 luni 3 8 3

AA

3f) la 9 luni 3 8 3

AA

3g) la 12 luni 3 8 3

AA

3h) la 15 luni 3 6 3

AA

3j) la 18 luni 3 6 3

AA

32) Control medical/examen de bilant al 3 3 3

3asiguratilor conform Cap. I lit. A, pct. 3 și 4 3 3 3

3din anexa 1: 3 3 3

3- examen de bilant al copiilor în vârstă de la 3 3 - Anual 3

3 2 ani - 18 ani conform Cap. I lit. A, pct. 3 3 3

3 din anexa 1 3 3 3

3 3 - cel mult 3

3- control medical al asiguratilor cu vârsta 3 3 3 1 control/an 3

3 peste 18 ani conform Cap. I lit. A, pct. 4 3 3 3

3 din anexa 1 3 3 3

AA

33) Supravegherea gravidei, conform cap. I lit. A 3 3 3

3pct. 2 lit. a) - c), cap. III lit. C lit. 3 3 3

3a) - c) din anexa nr. 1: 3 3 3
 3a) luarea in evidenta in primul trimestru 3 10 3 3
 3b) din luna a 3-a pana in luna a 7-a 3 8 3Lunar 3
 3c) din luna a 7-a pana in luna a 9-a inclusiv 3 8 3de doua ori pe3
 3 3 3luna 3
 34) Urmarirea leuzei, conform cap. I lit. A 3 3 3 3
 3pct. 2 lit d) si e) si cap. III lit. C lit. d) 3 3 3
 3si e) din anexa nr. 1: 3 3 3
 3a) la externarea din maternitate-la domiciliu; 3 8 3 3
 3b) la 4 saptamani de la nastere; 3 8 3 3
 35) Imunizari conform cap. I lit A 34/inoculare 3 3
 3pct. 5, cap. II lit. C si cap. III lit. D din 3sau doza 3 3
 3anexa nr. 1*) 3orala 3 3
 36) Luarea in evidenta a bolnavului TBC confirmat340/luna 3 3
 3de medicul de specialitate, urmarirea si 3 3 3
 3aplicarea tratamentului strict supravegheat, 3 3 3
 3pana la scoaterea din evidenta, 3 3 3
 3conform Cap. I, lit. B, pct. 6 din anexa nr. 1 3 3 3
 37) Serviciile prevazute: 3 3 3
 3a) la cap. II lit. A, pct. 1) si cap. III lit. A3 6/solicitare3 3
 3pct. 1) din anexa nr. 1 3 3 3
 3b) la cap. II lit. B (pentru depistare) si 3 10/caz 3 3
 3cap. III lit. B (pentru depistare) din 3 confirmat 3 3
 3anexa nr. 1 3 3 3
 3c) la cap. II lit. B (pentru supraveghere) si 3 3 3
 3cap. III lit. B (pentru supraveghere) 3 3 3
 3din anexa nr. 1 3 3 puncte 3trimestrial 3
 3 3 pe persoana 3 3
 38) Servicii medicale acordate de medicul 3 3 3
 3de familie care domiciliaza in 3 3 3
 3localitatile in care nu sunt 3 3 3
 3organizate centre de permanenta (in afara 3 3 3
 3orelor de program), conform Cap. I lit. C, 3 3 3
 3pct. 2.2, Cap. II lit. A, pct. 2.2, Cap. III, 3 3 3
 3lit. A, pct. 2.2, din anexa I: 3 3 3
 3a) intre orele 20,00 TM 8,00 320/solicitare3 3
 3b) pana la orele 20,00 315/solicitare3 3
 39) Servicii medicale acordate in cadrul 3 3 3
 3centrelor de permanenta conform Cap. I lit. C, 310/ora 3 3
 3pct. 2.1, Cap, II lit. A, pct. 2.1, Cap, III, 3 3 3
 3lit. A, pct. 2.1, din anexa 1 3 3 3
 310) Bolnav TBC nou, descoperit activ de 320/caz 3 3
 3medicul de familie, trimis si confirmat 3confirmat 3 3
 3de specialist, conform Cap. I, lit. A, pct. 8 3 3 3
 3din anexa 1 3 3 3
 311) Controale periodice - epicriza de etapa 3 3 3
 3pentru unele afectiuni care necesita 3 3 3
 3dispensarizare, conform Cap. I lit. A, pct.7, 3 3 3
 3lit. a) din anexa nr. 1: 3 3 3
 3- insuficienta cardiaca cronica clasa III si 3 3 3
 3IV (NIHA) 33/caz 3La 3 luni 3
 3- diabet zaharat tip II - pentru asiguratii 3 3 3
 3aflati in tratament cu antidiabetice orale 35/caz 3La 6 luni 3
 3- HTA cu AVC 33/caz 3La 3 luni 3
 312) Serviciile medicale curative 3 3 3
 3prevazute la Cap. III, lit. E, din anexa nr. 1 33/solicitare 3maximum 2/ 3
 3 3 luna 3
 ST

*) Pentru imunizarile efectuate in colectivitati scolare, acolo unde nu exista medic scolar, acestea se efectueaza de catre medicii de familie desemnati de autoritatile de sanatate publica si casele de asigurari de sanatate la inceputul anului calendaristic. In acest caz se acorda medicului de familie 4 puncte pe inoculare sau doza orala.

Pentru medicii de familie care vaccineaza, pentru fiecare tip de vaccin, peste 95% din totalul persoanelor eligibile catagrafiate, decontarea imunizarilor realizate peste acest nivel se face la punctaj dublu, urmare a confirmarii de catre autoritatea de sanatate publica. La stabilirea procentului de persoane vaccinate se iau in considerare si cele vaccinate in cadrul unitatilor scolare.

In cazul in care forma de prezentare a vaccinurilor include mai multe tipuri de vaccin nominalizate mai sus si care necesita o singura inoculare, acestea se raporteaza o singura data (inocularea respectiva) cu o nota explicativa care sa cuprinda tipurile de vaccin administrate in inocularea respectiva si cu confirmarea autoritatii de sanatate publica.

b) la calculul numarului lunar de puncte pe serviciu, conform alin. (3), se iau in considerare numarul de puncte aferente serviciilor medicale acordate asiguratilor inscrisi in lista medicului de familie, existenti in luna curenta si numarul de puncte aferent serviciilor medicale acordate persoanelor care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale, precum si in pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ.

ART. 2

Acordarea serviciilor medicale se face in urmatoarele conditii:

a) medicamentele prescrise trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fara contributie personala, prescriptia medicala se completeaza in 3 exemplare, dintre care 1 exemplar ramane in carnet la medicul de familie si celelalte 2 se inmaneaza asiguratului in vederea prezentarii acestuia la o farmacie aflata in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, pentru eliberarea medicamentelor prescrise;

b) investigatiile paraclinice recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul prezumptiv, care se consemneaza in fisa de consultatie si in biletul de trimitere.

c) in cazul depistarii unor boli cu potential endemo-epidemic trebuie sa se ia masuri de izolare si raportare a cazurilor si sa se acorde serviciile medicale necesare pentru preintampinarea sau restrangerea unor endemii/epidemii, inclusiv supravegherea trimiterii la spital pentru bolile contagioase cu internare obligatorie. Pentru cazul in care se refuza internarea obligatorie, medicii vor apela la sprijinul organelor de politie si al autoritatilor publice locale.

In unitatile de invatamant in care nu exista medic scolar sau in centrele de vaccinari, pentru acele vaccinuri care se livreaza in fiole cu mai multe doze individuale imunizarile se efectueaza de medicii de familie desemnati la inceputul anului de autoritatile de sanatate publica si de casele de asigurari de sanatate, care raspund atat de efectuarea inocularilor, cat si de verificarea starii de sanatate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizarile sunt obligati sa raporteze nominal si pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica vaccinarile efectuate. Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa informeze medicii de familie pe a caror lista se regasesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute in registrul propriu de vaccinari si in carnetul de vaccinari, dar fara a fi raportate ca activitate proprie.

ART. 3

(1) Pentru perioadele de absenta mai mari de 30 de zile lucratoare, medicul de familie organizeaza preluarea activitatii sale medicale de catre un alt medic de familie; in cazurile in care acesta este in imposibilitate de a organiza preluarea activitatii, casele de asigurari de sanatate numesc un inlocuitor, cu avizul autoritatilor de sanatate publica, in ambele situatii medicul inlocuitor trebuie sa aiba licenta de inlocuire temporara iar preluarea activitatii se face pe baza de conventie de inlocuire. Licenta de inlocuire temporara se acorda de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu instiintarea in scris a casei de asigurari de sanatate si a autoritatii de sanatate publica. Pentru asigurarea conditiilor in vederea preluarii activitatii unui medic de familie de catre alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, pun la dispozitie medicilor de familie listele cu medicii cu licenta de inlocuire, fara obligatii contractuale, cum este si cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea in conditiile legii.

In situatia in care nu este disponibil un medic fara obligatii contractuale confirmate de catre consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor se poate prelua activitatea si de catre medicii aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate cu prelungirea corespunzatoare a programului de activitate.

(2) Perioadele de absenta a medicului de familie se refera la: incapacitate temporara de munca, concediu de sarcina/lehuzie, concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului pana la 2 ani, vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare pe an, studii medicale de specialitate si rezidentiat in specialitatea medicina de familie, perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, perioada in care unul dintre soti il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate.

(3) Pentru perioade de absenta mai mici de 30 de zile lucratoare inlocuirea medicului absent se poate face si pe baza de reciprocitate intre medici, in acest caz medicul inlocuitor isi va prelungi programul de lucru in mod corespunzator, in functie de numarul de servicii medicale solicitate de asiguratii din lista proprie si cei din lista medicului inlocuit. Pentru situatiile de inlocuire pe baza de reciprocitate medicul de familie inlocuit va depune la casa de asigurari de sanatate un exemplar al conventiei de reciprocitate si va afisa la cabinetul medical numele si programul medicului inlocuitor, precum si adresa cabinetului unde isi desfasoara activitatea. Inlocuirea medicului absent pe baza de reciprocitate intre medici se face pentru o perioada de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

(4) Suma convenita prin plata "per capita" si pe serviciu aferenta perioadei de absenta se vireaza de catre casa de asigurari de sanatate in contul titularului contractului sau in contul medicului inlocuitor, dupa caz, urmand ca in conventia de inlocuire sa se stipuleze in mod obligatoriu conditiile de plata a medicului inlocuitor.

(5) Medicul inlocuitor va indeplini toate obligatiile ce revin medicului inlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale incheiat de acesta cu casa de asigurari de sanatate.

ART. 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical incheie o conventie de inlocuire cu medicul inlocuitor pentru perioade de absenta mai mici de doua luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizata de casa de asigurari de sanatate, prin care se stabilesc conditiile de inlocuire.

(2) Conventia de inlocuire se incheie intre casele de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor agreeat de medicul inlocuit, pentru perioade de absenta mai mari de 2 luni/an sau cand medicul inlocuit se afla in imposibilitate de a incheia conventie cu medicul inlocuitor, conform anexei nr. 5 la ordin.

(3) Conventia de inlocuire devine anexa la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical

(4) In desfasurarea activitatii, medicul inlocuitor utilizeaza parafa proprie, numarul de registru al cabinetului in care medicul inlocuitor isi desfasoara activitatea, numarul de contract si stampila cabinetului medical.

ART. 5

Medicul de familie poate angaja in cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale in vigoare medici de familie. Medicii angajati nu au lista de asigurati proprie si nu raporteaza activitate medicala proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fara contributie personala se face folosindu-se formularul-tip cu stampila cabinetului si parafa medicului angajat. Intreaga activitate a cabinetului medical se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

ART. 6

(1) Medicii de familie nou-veniti intr-o localitate incheie cu casa de asigurari de sanatate o conventie de furnizare de servicii medicale pe o perioada de maximum 3 luni - perioada considerata necesara pentru inscrierea asiguratilor si persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, in lista proprie, in care se prevad obligatiile si drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

(2) In situatia in care inainte de incheierea perioadei de 3 luni, prevazuta la alin. (1) numarul de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inregistrati in lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru incheierea unui contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, medicii respectivi pot incheia contract conform anexei nr. 3 la ordin si inainte de data de expirare a conventiei.

(3) In cazul in care medicul care a incheiat o conventie potrivit alin. (1) nu reuseste sa inregistreze pe lista proprie, in termenul prevazut, numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevazut la art. 22 alin. (3) si (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei 3 la ordin, pentru lista pe care acesta si-a constituit-o pana la data incheierii contractului, cu obligatia din partea medicului de familie nou-venit ca in termen de maximum 3 luni de la data incheierii contractului sa inregistreze numarul minim de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevazut la art. 22 alin. (3) si (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006. In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou venit si casa de asigurari de sanatate va inceta la expirarea celor trei luni.

(4) Medicul de familie nou-venit intr-o localitate intr-un cabinet medical deja existent, conform art. 31 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, incheie cu casa de asigurari de sanatate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7

Fondul aferent asistentei medicale primare la nivel national are urmatoarea structura:

1. 85% pentru plata "per capita" si 15% pentru plata pe serviciu, dupa ce s-au retinut sumele ce rezulta potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale in care isi desfasoara activitatea medicii de familie nou-veniti intr-o localitate, pentru o perioada de maximum 3 luni, perioada pentru care medicul de familie are incheiata o conventie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate este format din:

a) suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut, la care se aplica ajustarile prevazute la art. 1 alin. (2) lit. c) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, egala cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) inmultit cu 1,5;

ART. 8

Pentru calculul trimestrial al valorilor definitive ale punctelor, fondul anual aferent asistentei medicale primare se defalcheaza pe trimestre.

ART. 9

(1) Valoarea minima garantata a punctului "per capita" este unica pe tara, este valabila pentru un an si este in valoare de 2,38 lei.

(2) Valoarea unui punct "per capita" se regularizeaza trimestrial, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, in functie de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata "per capita" a medicilor de familie si de numarul de puncte "per capita" efectiv realizat, conform art. 1 alin. (2) si reprezinta valoarea definitiva a unui punct "per capita" unica pe tara pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitiva a unui punct "per capita" nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct "per capita".

(3) Valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu este unica pe tara, este valabila pentru un an si este in valoare de 0,49 lei.

(4) Valoarea unui punct pentru plata pe serviciu medical se regularizeaza trimestrial, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, in functie de fondul aferent pentru trimestrul respectiv, destinat pentru plata pe serviciu medical a medicilor de familie si de numarul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea conditiilor prevazute la art. 1 alin. (3) si reprezinta valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical unica pe tara pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitiva a unui punct pentru plata pe serviciu nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu.

ART. 10

(1) Suma convenita lunar medicilor de familie se calculeaza prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a inmultirii numarului de puncte "per capita" efectiv realizate si a numarului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minima garantata pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma convenita medicilor de familie pentru un trimestru se calculeaza prin totalizarea sumelor rezultate prin inmultirea numarului de puncte "per capita" si a numarului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate in trimestrul respectiv cu valoarea definitiva a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitiva a punctului pe serviciu medical

ART. 11

Lunar medicul de familie transmite caselor de asigurari de sanatate, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare, prin reprezentantul legal, intreaga activitate efectiv realizata care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate in vederea decontarii. Nerespectarea termenului de raportare atrage dupa sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfasurata de medicul respectiv pentru perioada aferenta.

ART. 12

Asiguratii care doresc sa isi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc sa se inregistreze, precizand numele medicului de la care pleaca. Medicul de familie primitor are obligatia sa anunte in scris (prin posta), in maximum 15 zile lucratoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum si casa de asigurari de sanatate. Medicul de familie de la care pleaca asiguratul are obligatia sa transfere fisa medicala, prin posta, medicului primitor, in termen de 15 zile lucratoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleaca asiguratul pastreaza minimum 1 an o copie dupa fisa medicala a acestuia.

ART. 13

(1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaza la sfarsitul trimestrului, o data cu recalcularea drepturilor banesti convenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru se corecteaza pana la sfarsitul anului, astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat, in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat, intr-un trimestru anterior, se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea definitiva a punctului "per capita" si pe serviciu, stabilita pentru trimestrul in care s-a produs eroarea, sumele respective afectand fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul in care s-a constatat eroarea si implicit valoarea definitiva a punctului pentru trimestrul respectiv. In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza conform legii.

ART. 14

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial (sau ori de cate ori este nevoie) intalniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala primara, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de familie masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ART. 15

(1) In aplicarea art. 38 alin. (1) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, prin nerespectarea programului de lucru stabilit, se intelege absenta nemotivata de la programul de lucru afisat pentru activitatea desfasurata in cabinetul medical.

(2) Absenta motivata se ia in considerare pentru situatiile prevazute la art. 3 alin. (2), precum si pentru urmatoarele situatii: citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective, cu conditia numirii unui inlocuitor pe baza de conventie de reciprocitate sau conventie de inlocuire, al carui numar de telefon si adresa vor fi afisate la cabinetul medical. Pentru aceste situatii medicii de familie trebuie sa depuna la casa de asigurari de sanatate copia documentelor justificative.

ART. 16

(1) In cazul in care se reziliaza contractul de furnizare de servicii medicale cu cabinete medicale in conditiile prevazute de Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, toate documentele referitoare la persoanele asigurate (registru de consultatii, fisele medicale etc.) se preiau, pe baza de proces-verbal, de catre casa de asigurari de sanatate cu care acele cabinete au avut incheiat contract de furnizare de servicii medicale, cu obligatia de a asigura confidentialitatea documentelor transmise. Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa anunte toti furnizorii cu care se afla in relatii contractuale despre incetarea activitatii medicului de familie respectiv, in cadrul sistemului de asigurari de sanatate.

(2) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa transmita fisele medicale ale asiguratilor medicului de familie pe lista caruia asiguratii respectivi s-au inscris.

ANEXA 3

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale in asistenta medicala primara

I. Partile contractante

Casa de Asigurari de Sanatate, cu sediul in municipiul/ orasul str. nr. Judetul/sectorul..... tel/fax

reprezentata prin presedinte - director general,
si
Cabinetul medical de asistenta medicala primara organizat astfel:
- cabinet individual cu sau fara punct secundar de lucru reprezentat prin medicul titular
- cabinet asociat sau grupat , cu sau fara punct secundar de lucru reprezentat prin medicul delegat
- societate civila medicala cu sau fara punct secundar de lucru reprezentata prin administratorul
- unitate medico-sanitara cu personalitate juridica, infiintata potrivit Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare reprezentata prin,
- cabinet care functioneaza in structura sau coordonarea unei unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, cu sau fara punct secundar de lucru reprezentat prin
cu certificatul de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de infiintare sau organizare nr. autorizatie sanitara de functionare pentru cabinet nr. /raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, autorizatie sanitara de functionare pentru punctul secundar de lucru nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna str. nr. bl, sc. et ap, ... Judetul/
sectorul telefon, si sediul punctului secundar de lucru in comuna str. nr. telefon cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod numeric personal al reprezentantului legal sau cod unic de inregistrare, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor, cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila pe toata perioada derularii contractului, dovada de evaluare a unitatii sanitare nr. dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul de servicii medicale de baza, in pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate, prevazute in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru asiguratii inscrisi pe lista proprie, pentru persoanele care beneficiaza de serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale, pentru persoane care se asigura facultativ pentru sanatate, si, de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, titularilor cardului european, de catre urmatoorii medici de familie:

1 avand un numar de asigurati si un numar de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrisi pe lista proprie;

2. avand un numar de asigurati si un numar de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inscrisi pe lista proprie;

3. avand un numar de asigurati si un numar de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, inregistrati pe lista proprie.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat" pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic" integrat se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislatiei;
- k) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- l) sa valideze sub semnatura, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate, depusa in scris de medicii de familie, pe suport de hartie, iar lunar in vederea actualizarii listelor proprii, sa comunice lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat, precum si persoanele nou asigurate intrate pe lista.
- m) sa faca publice valorile definitive ale punctelor rezultate in urma regularizarii trimestriale, atat prin afisare la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acestora de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- n) sa tina evidenta distincta a asiguratilor de pe listele medicilor de familie cu care are incheiate contracte de furnizare de servicii medicale, in functie de casele de asigurari de sanatate la care acestia se afla in evidenta; pentru asiguratii care se afla in evidenta Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si a Casei Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului si care sunt inregistrati pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, confirmarea calitatii de asigurat se face de catre Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si de Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, pe baza de tabel centralizator transmis lunar atat pe suport de hartie cat si in format electronic. Pentru asiguratii care se afla in evidenta caselor de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti si care sunt inregistrati pe listele medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti respectiv cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, confirmarea calitatii de asigurat se face de catre casele de asigurari de sanatate judetene sau a municipiului Bucuresti, pe baza de tabel centralizator transmis atat pe suport de hartie cat si in format electronic;
- o) sa informeze asiguratii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;
- p) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara cu care are incheiat contracte de furnizare de servicii medicale, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor inregistrati, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.
- q) sa incaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplinesc calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum si contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu si fara contributie personala si a dispozitivelor medicale acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pe baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acesti medici

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

- 1) sa asigure in cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de baza toate activitatile necesare, in limita domeniului de competenta a asistentei medicale primare. De asemenea, au obligatia de a interpreta investigatiile necesare in stabilirea diagnosticului;
- 2) sa actualizeze lista proprie cuprinzand asiguratii si persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale inregistrati, ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara a asiguratilor si a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, si sa comunice aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lista proprie in functie de comunicari transmise de casele de asigurari de sanatate; sa comunice caselor de asigurari de sanatate datele de identificare a persoanelor carora li s-au acordat serviciile medicale prevazute in pachetul minimal de servicii medicale; medicul de familie are obligatia sa anunte in scris in momentul inregistrarii pe lista proprie a unui asigurat plecat de la un alt medic de familie, atat medicul de familie de la care a plecat asiguratul, cat si casa de asigurari de sanatate, in maximum 15

zile lucratoare; medicul de familie de la care a plecat asiguratul transfera fisa medicala a asiguratului in maximum 15 zile lucratoare de la solicitare prin serviciul postal si pastreaza minimum 1 an o copie dupa fisa medicala a acestuia;

3) sa inscrie din oficiu copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris, imediat dupa nasterea copilului;

4) sa inscrie pe lista proprie gravidele neinscrise pe lista unui medic de familie la prima consultatie, in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora ori la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara;

5) sa nu refuze inscrierea pe lista de asigurati a copiilor, la solicitarea parintilor, apartinatorilor legali sau la anuntarea de catre casa de asigurari de sanatate cu care are incheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de primarie, precum si la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara sau a directiilor de protectie a copilului pentru copiii aflati in dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

6) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; pentru asiguratii inclusi in programul national cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati prin actele normative in vigoare;

7) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia; in situatia in care nu se respecta aceasta obligatie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurari de sanatate cu care furnizorul a incheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreste sa plece, prin eliminarea asiguratului de pe lista;

8) sa solicite asiguratilor, la inscrierea pe lista, documentele justificative care atesta calitatea de asigurat;

9) sa participe la activitatea de asigurare a asistentei medicale continue organizata conform reglementarilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

10) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicamentele prescrise si investigatiile paraclinice recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul. Pentru recomandarea de investigatii paraclinice trebuie sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulare cu regim special, unice pe tara. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratilor si investigatii paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alti medici. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala, precum si situatiile in care medicul de familie a prescris medicamente cu si fara contributie personala la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala.

11) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.

12) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;

13) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;

14) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi insotita de desfasuratoarele / documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an, conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

15) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;

16) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii atunci cand este cazul si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet in copie rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu precum si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor paraclinice medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

17) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;

18) sa respecte programul de lucru pe care sa-l afiseze la loc vizibil si sa-l comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica si sa organizeze preluarea activitatii medicale de catre un alt medic de familie pentru perioadele de absenta;

19) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

20) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;

21) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala ori de cate ori se solicita;

22) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

23) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;

24) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e^Tmail, pagina web;

25) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

- 26) sa angajeze asistenti medicali in vederea asigurarii calitatii actului medical;
- 27) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale;
- 28) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat" investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;
- 29) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;
- 30) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;
- 31) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

VI. Modalitati de plata

ART. 8

Modalitatile de plata in asistenta medicala primara sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoana asigurata;
- 1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.
- 1.2. Medic nou-venit in localitate, in conditiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006:
DA/NU
- Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006: de la pana la
- Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. b) pct. 2 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006: de la pana la
- 1.3. Medic nouTMvenit in localitate, in conditiile prevederilor art. 30 din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, care incheie contract dupa expirarea conventiei de furnizare de servicii medicale incheiata pe o perioada de 3 luni:
DA/NU
- Perioada de plata in conditiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006: de la pana la
- 1.4. Valoarea minima garantata a unui punct pentru plata "per capita" este unica pe tara, valabila pentru un an, de 2,38 lei.
- 1.5. Numarul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), dupa caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, se ajusteaza in raport:

T

- a) cu conditiile in care isi desfasoara activitatea
medicul de familie cu %;
- b) cu gradul profesional:
- 1) - medic primar %
- medic care nu a promovat un examen de specialitate %
- 2) pentru cabinetele medicale din mediul rural care au medic de familie angajat:
- a) medic de familie titular, pentru numarul de puncte pana la 23.000 inclusiv puncte/an:
- primar %
- fara grad profesional %
- b) medic de familie angajat, pentru numarul de puncte ce depaseste 23.000 puncte/an:
- primar %
- fara grad profesional %

ST

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat in puncte, pentru unele servicii medicale prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate, pentru serviciile pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enuntate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

2.2. Valoarea minima garantata a unui punct pentru plata pe serviciu este unica pe tara, valabila pentru un an, de 0,49 lei.

3. Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

- a) Medic de familie

Nume Prenume
Cod numeric personal.....
Grad profesional.....
Codul medicului.....
Program de lucru.....
Medic de familie angajat*)
Nume Prenume
Cod numeric personal.....
Grad profesional.....
Codul de parafa al medicului.....
Program de lucru.....

*) In cazul cabinetelor medicale individuale

1. Asistent medical
Nume..... Prenume.....
Cod numeric personal

2.
b) Medic de familie
Nume Prenume
Cod numeric personal.....
Grad profesional

Codul de parafa al medicului

Program de lucru

Medic de familie angajat*)
Nume Prenume
Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafa al medicului

Program de lucru

*) In cazul cabinetelor medicale individuale

1. Asistent medical
Nume Prenume

Cod numeric personal

2.
.....
c)

ART. 9

(1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale primare si casele de asigurari de sanatate, la valoarea minima garantata a punctului "per capita" si a punctului pe serviciu medical, la data de

(2) Pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului se face decontarea drepturilor banesti ale medicilor de familie ca urmare a regularizarilor in functie de valoarea definitiva a punctului "per capita" si a punctului pe serviciu medical. Valoarea definitiva a punctului "per capita" si a punctului pe serviciu medical poate suferi influente, dupa caz, si in conditiile prevederilor Legii bugetului de stat pe anul 2007.

(3) Valoarea minima garantata a punctului "per capita" se diminueaza in luna in care se constata nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice nejustificate pentru fiecare situatie, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20% .

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10

Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 11

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

ART. 12

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 13

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele / documentele justificative privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

c) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 pct. 7, 10, 11, 13, 19, 21, 25, 27, 29, 30, 31 precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 pct. 2, 3, 4, 5, 6, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 28;

e) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 pct. 1, 8, 12, 17;

f) in cazul in care numarul de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale din lista proprie a unui medic de familie scade sub numarul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) si (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, timp de 6 luni consecutiv;

g) odata cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurii de diminuare a valorii minime garantate a punctului "per capita" pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente si/sau recomandari nejustificate de investigatii paraclinice, pentru fiecare situatie;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate.

ART. 14

Contractul inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 16

Situatiile prevazute la art. 13 si la art. 14 lit. b), c), f), g) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 14 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate, cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 17

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

ART. 18

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

ART. 19

Valorile definitive ale punctului "per capita" si pe serviciu sunt cele calculate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu sunt elemente de negociere intre parti.

ART. 20

(1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate a autorizatiei sanitare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare / documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instantelor de judecata.

ART. 23

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,

.....

Director executiv al Directiei Management
si Economica

.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 4

Vizat

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

CONVENTIE DE INLOCUIRE*)

(anexa la Contractul de furnizare de servicii
medicale din asistenta medicala primara
nr.) intre reprezentantul legal
al cabinetului medical si medicul inlocuitor

*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta in limita a doua luni/an.

I. Partile conventiei de inlocuire:

Dr. reprezentant legal al cabinetului medical(numele si prenumele)..... cu sediul in municipiul/orasul str. nr. bl. sc., etaj, ap., judet/sector telefon/fax cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr. incheiat cu Casa de asigurari de sanatate, cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul inlocuit:(numele si prenumele).....

Si

Dr.(numele si prenumele).... cu licenta de inlocuire ca medic de familie nr.

II. Obiectul conventiei

Preluarea activitatii medicale a medicului de familie, cu contractul nr., pentru o perioada de absenta de, de catre medicul de familie

III. Motivele absentei

1. incapacitate temporara de munca in limita a doua luni/an

2. vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare/an

3. studii medicale de specialitate pentru o perioada de maximum doua luni/an
4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica, alese sau numite, in limita a doua luni/an

IV. Locul de desfasurare a activitatii

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical (al medicului inlocuit).....

V. Obligatiile medicului inlocuitor

Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie inlocuit si casa de asigurari de sanatate.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor

1. Venitul "per capita" si pe serviciu pentru perioada de absenta se vireaza de Casa de Asigurari de Sanatate in contul titularului contractului nr., acesta obligandu-se sa achite medicului inlocuitor lei/luna.
2. Termenul de plata
3. Documentul de plata

VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi, in 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act aditional la contractul nr. al medicului inlocuit si cate un exemplar revine partilor semnatare.

Reprezentantul legal al Medicul inlocuitor,
cabinetului medical,

ANEXA 5

CONVENTIE DE INLOCUIRE*)
anexa la Contractul de furnizare de servicii
medicale din asistenta medicala primara nr.
intre casa de asigurari de sanatate si medicul inlocuitor

*) Conventia de inlocuire se incheie pentru perioade de absenta mai mari de doua luni/an.

I. Partile conventiei de inlocuire:

Casa de Asigurari de Sanatate, cu sediul in municipiul/orasul, str nr., judetul/sectorul, telefon/fax, reprezentata prin presedinte - director general

pentru

Medicul inlocuit: ...(numele si prenumele)... din cabinetul medical cu sediul in municipiul/orasul, str. nr., bl., sc., etaj, ap, judetul/sectorul, telefon/fax, cu contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara nr., incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate, cont nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod unic de inregistrare al carui reprezentant legal este: ...(numele si prenumele)..... avand codul numeric personal nr.

si

Dr.(numele si prenumele)....., cu licenta de inlocuire ca medic de familie nr.,

II. Obiectul conventiei

Preluarea activitatii medicale a medicului de familie, cu contract nr., pentru o perioada de absenta de, de catre medicul de familie

III. Motivele absentei:

T

1. incapacitate temporara de munca, care depaseste doua luni/an
2. concediu de sarcina sau lehuzie
3. concediu pentru cresterea si ingrijirea copilului in varsta de pana la 2 ani
4. perioada cat ocupa functii de demnitate publica alese sau numite, care depaseste doua luni/an
5. perioada in care unul dintre sotii il urmeaza pe celalalt trimis in misiune permanenta in strainatate sau sa lucreze intr-o organizatie internationala in strainatate
6. perioada de rezidentiat in specialitatea medicina de familie

ST

IV. Locul de desfasurare a activitatii

Serviciile medicale se acorda in cabinetul medical (al medicului inlocuit)

V. Obligatiile medicului inlocuitor

Obligatiile medicului inlocuitor sunt cele prevazute in contractul incheiat intre medicul de familie inlocuit si casa de asigurari de sanatate.

Medicul inlocuitor are obligatia fata de cabinetul medical al medicului inlocuit de a suporta cheltuielile de administrare si de personal care revine titularului cabinetului respectiv.

VI. Modalitatea de plata a medicului de familie inlocuitor

1. Veniturile "per capita" si pe serviciu aferente perioadei de absenta se vireaza de casa de asigurari de sanatate in contul medicului inlocuitor nr. deschis la Banca
2. Termenul de plata

3. Documentul de plata

VII. Prezenta conventie de inlocuire a fost incheiata astazi,, in doua exemplare, dintre care un exemplar devine act aditional la contractul nr. al medicului inlocuit si un exemplar revine medicului inlocuitor.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE Medicul inlocuitor,

Presedinte - Director general, De acord,
..... Reprezentant legal al
 cabinetului medical**)

Director executiv al Directiei
Management si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii

Vizat
Compartiment juridic si contencios

***) Cu exceptia situatiilor in care acesta se afla in imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

CONVENTIE DE FURNIZARE
de servicii medicale in asistenta medicala primara

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate, cu sediul in municipiul/orasul, str., nr., judetul/sectorul, telefon/fax., reprezentata prin presedinte - director general

si

Unitatea sanitara de asistenta medicala primara, cu sau fara punct de lucru secundar, reprezentat prin cu certificatul de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de infiintare sau organizare nr. autorizatie sanitara de functionare pentru cabinet nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, autorizatie sanitara de functionare pentru punctul de lucru secundar nr., avand sediul cabinetului medical in municipiul/orasul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., judetul/sectorul, telefon, si sediul punctului de lucru secundar in comuna, str. nr., telefon, cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca, cod numeric personal al reprezentantului legal sau codul unic de inregistrare dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, dovada de evaluare a unitatii sanitare nr., valabila pe toata perioada derularii contractului, dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr.

II. Obiectul conventiei

ART. 1

Obiectul prezentei conventii il constituie furnizarea de servicii medicale in asistenta medicala primara, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate in asistenta medicala primara sunt cuprinse in pachetul de servicii de baza, in pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii pentru persoanele care se asigura facultativ prevazute in anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

IV. Durata conventiei

ART. 3

Prezenta conventie este valabila o perioada de maximum 3 luni de la data incheierii.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 4

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie conventii numai cu furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa plateasca venitul medicilor de familie nouTMveniti intr-o localitate;

- e) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- f) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform conventiilor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- g) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislatiei;
- h) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- i) sa utilizeze sistemul informatic unic integrat; unitar si confidential corespunzator asigurarii cel putin a unei evidente primare privind diagnosticul si terapia aplicata fiecarui asigurat; pana la intrarea in functiune a sistemului informatic unic integrat se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- j) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale.
- k) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de incheiere a conventiilor;
- l) sa informeze asiguratii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune.
- m) sa incaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum si contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu si fara contributie personala si a dispozitivelor medicale acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pe baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acesti medici

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

ART. 5

Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

- 1) sa asigure in cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de baza toate activitatile necesare, in limita domeniului de competenta a asistentei medicale primare. De asemenea, au obligatia de a interpreta investigatiile necesare in stabilirea diagnosticului;
- 2) sa inscrie din oficiu copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, daca parintii nu au alta optiune exprimata in scris, imediat dupa nasterea copilului;
- 3) sa inscrie pe lista proprie gravidele neinscrise pe lista unui medic de familie la prima consultatie, in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora ori la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara;
- 4) sa nu refuze inscrierea pe lista de asigurati a copiilor, la solicitarea parintilor, apartinatorilor legali sau la anuntarea de catre casa de asigurari de sanatate cu care au incheiat contract de furnizare de servicii ori de primarie, precum si la sesizarea reprezentantilor din sistemul de asistenta medicala comunitara sau a directiilor de protectie a copilului pentru copiii aflati in dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;
- 5) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; pentru asiguratii inclusi in programul national cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati prin actele normative in vigoare;
- 6) sa solicite asiguratilor, atat la inscrierea pe lista proprie cat si in conditiile prevazute de normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, documentele justificative care atesta calitatea de asigurat;
- 7) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului conform specializarii, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicamentele prescrise si investigatiile paraclinice recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul. Pentru recomandarea de investigatii paraclinice trebuie sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulare cu regim special, unice pe tara. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributia personala a asiguratilor si investigatii paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alti medici. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala, precum si situatiile in care medicul de familie a prescris medicamente cu si fara contributie personala la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala.
- 8) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.
- 9) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- 10) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- 11) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;
- 12) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii atunci cand este cazul si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet in copie rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu precum si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor paraclinice medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;
- 13) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;
- 14) sa respecte programul de lucru pe care sa-l afiseze la loc vizibil si saTM comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica;
- 15) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii conventiei de furnizare de servicii medicale in termen de maxim 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii conventiei;
- 16) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica.
- 17) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala ori de cate ori se solicita;

18) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

19) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;

20) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

21) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

22) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale

23) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat" investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

24) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;

25) sa utilizeze sistemul informatic unic integrat. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemul informatic unic integrat caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

26) sa raporteze lunar caselor de asigurari de sanatate activitatea realizata conform conventiei de furnizare de servicii medicale; raportarea catre casa de asigurari de sanatate se face potrivit desfasuratoarelor privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

27) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

VI. Modalitati de plata

ART. 6

Modalitatile de plata in asistenta medicala primara pentru medicii nou-veniti sunt:

Medicii nou-veniti intr-o localitate beneficiaza de un venit format din:

a) o suma echivalenta cu media dintre salariul maxim si cel minim prevazute in sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obtinut de medic, la care se aplica ajustarile prevazute in norme;

b) o suma necesara pentru cheltuieli de administrare si functionare a cabinetului medical, stabilite potrivit normelor.

Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si medic de familie nou-venit in componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat conventia:

a) Medic de familie nou-venit

Nume Prenume

Cod numeric personal

Grad profesional

Codul de parafa a medicului

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

Sporul in conditiile in care isi desfasoara activitatea%

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit..... lei.

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, platit la data de

b) Medic de familie nou-venit

Nume..... Prenume

Cod numeric personal.....

Grad profesional.....

Codul de parafa a medicului.....

Program de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit lei

Sporul in conditiile in care isi desfasoara activitatea%

Suma lunara aferenta cheltuielilor de administrare si functionare a cabinetului medical in care isi desfasoara activitatea medicul de familie nou-venit..... lei.

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit lei, platit la data de

c)

.....

VII. Calitatea serviciilor

ART. 7

Serviciile medicale furnizate in baza prezentei conventii trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 8

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

ART. 9

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii conventiei si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea conventiei

ART. 10

(1) Conventia de furnizare de servicii medicale se realizeaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii conventiei de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Conventia de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 10 zile calendaristice de la data constatarii, in urmatoarele situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 5 lit. 7), 8), 10), 15), 17), 21), 22), 24), 25), 27), precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;

c) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 5 lit. 2), 3), 4), 5), 11), 12), 16), 18), 19), 20), 23), 26).

d) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 5 lit. 1), 6), 9), 13), 14).

e) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform conventiei incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari de sanatate;

ART. 11

Conventia inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a conventiei de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea conventiei, cu indicarea temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 12

Conventia se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a conventiei;

ART. 13

Situatiile prevazute la art. 10 si la art. 11 lit. b), c), f), g) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 11 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

XI. Corespondenta

ART. 14

Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea conventiei

ART. 15

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

ART. 16

Daca o clauza a acestei conventii ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale conventiei nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului conventiei.

Daca expira termenul de valabilitate a autorizatiei sanitare / documentului similar pe durata prezentei conventii, toate celelalte prevederi ale conventiei nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare / documentului similar pe toata durata de valabilitate a conventiei.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 17

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezenta conventie vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instanțelor de judecata.

ART. 18

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezenta conventie de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,

.....

Director executiv al Directiei Management
si Economica

.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE
IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU
SPECIALITATILE CLINICE, PARACLINICE, DE MEDICINA
DENTARA SI DE RECUPERARE - REABILITARE A SANATATII

CAP. I

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE CLINICE

1. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA

A. Consultatia medicala de specialitate se acorda pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate pentru care asiguratul a avut biletul de trimitere initial eliberat de medicul de familie, si care se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate cat si pe baza biletului de trimitere eliberat de medicii cu care casa de asigurari de sanatate are incheiate conventii conform Anexei nr. 36. Fac exceptie de la prevederile anterioare cetatenii statelor membre ale Uniunii Europene - titulari ai cardului european, urgentele si consultatiile de control pentru afectiunile confirmate prevazute in anexa nr. 9 la ordin, serviciile de medicina dentara precum si serviciile de acupunctura, fitoterapie, homeopatic si planificare familiala, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie in vederea stabilirii diagnosticului si/sau tratamentului, se face direct, fara alt bilet de trimitere.

Consultatia medicala de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialitatii respective, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretarea integrativa a explorarilor si a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie si/sau a medicului de specialitate, in vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le considera necesare, altele decat cele prevazute la lit. B;
- stabilirea conduitei terapeutice si/sau prescrierea tratamentului medical si igieno-dietetic, precum si instruirea in legatura cu masurile terapeutice si profilactice.

Casele de asigurari de sanatate suporta contravaloarea a maximum trei consultatii, din care, prima consultatie este initiala si urmatoarele sunt consultatii de control pentru stabilirea diagnosticului si tratamentului daca medicul de specialitate considera la prima consultatie ca sunt necesare investigatii suplimentare pentru confirmarea diagnosticului de prezumtie, cu al caror rezultat pacientul se prezinta in alte zile.

Casele de asigurari de sanatate suporta contravaloarea a doua consultatii pentru cazurile cu diagnostic confirmat pentru care nu s-a stabilit schema terapeutica, care sunt considerate consultatii de control.

Consultatia de control se acorda:

™ pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau aplicarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultatiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci cand este necesara prezentarea repetata a pacientului la cabinet, sau pentru urmarirea evolutiei sub tratament a pacientului (solicitari pentru care pacientul primeste, dupa confirmarea diagnosticului si stabilirea conduitei terapeutice, recomandare de la medicul de specialitate cu programarea acestor noi prezentari). Medicul de specialitate va inscrie pe versoul biletului de trimitere primit de la medicul de familie sau de la un alt medic de specialitate si care va fi depus la casa de asigurari de sanatate, termenul la care va efectua consultatia de control.

- dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica pana la vindecare, incluzand pansamentul plagii, manevrele chirurgicale impuse de anumite complicatii minore si scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, pe baza scrisorii medicale sau a biletului de externare din spital primit de la medicul care a ingrijit pacientul in spital;

- pentru afectiunile confirmate prevazute in anexa nr. 9 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fara bilet de trimitere de la medicul de familie, conform unei periodicitati stabilite de medicul de specialitate, sau ori de cate ori apar complicatii sau decompensari ale afectiunii respective. Medicul de specialitate are obligatia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicala, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, dupa caz.

Stabilirea numarului de puncte pe consultatie:

		initiala	control
a)	Consultatia copilului cu varsta cuprinsa intre 0 - 1 an	25 puncte	20 puncte
b)	Consultatia copilului cu varsta cuprinsa intre 1-5 ani	20 puncte	15 puncte
c)	Consultatii peste varsta de 5 ani	15 puncte	10 puncte
d)	consultatia pentru acupunctura, homeopatie si fitoterapie	10 puncte	8 puncte

Pentru consultatiile punctate separat la lit. B pct. 1 in functie de afectiuni, numarul de puncte acordat este cel prevazut la lit. B pct. 1 pentru consultatia initiala si cu 5 puncte mai putin pentru consultatia de control.

Se considera consultatie initiala prima prezentare a unui pacient in ambulatoriul de specialitate, la un anumit medic pentru o anumita afectiune, in vederea stabilirii diagnosticului si tratamentului, inclusiv preluarea unui pacient externat din spital pe baza biletului de iesire din spital, pentru afectiunile diagnosticate, caz nou, in cursul internarii. Se considera caz nou stabilirea pentru prima data la un asigurat a unui anumit diagnostic.

Se considera consultatie de control:

- prezentarile ulterioare ale unui pacient la acelasi medic (in afara primei prezentari) pentru acelasi diagnostic pentru reevaluarea tratamentului, pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau aplicarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultatiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, pentru care este necesara prezentarea repetata a pacientului la cabinet, sau pentru urmarirea evolutiei sub tratament a pacientului (solicitari pentru care pacientul primeste, dupa confirmarea diagnosticului si stabilirea conduitei terapeutice, recomandare de la medicul de specialitate cu programarea acestor noi prezentari), pana la vindecare sau stabilizare;

™ controalele periodice ale unui pacient cu un diagnostic cunoscut, inclusiv controalele dupa internari pentru acelasi diagnostic pentru reevaluarea starii de sanatate si a tratamentului;

- controalele dupa o interventie chirurgicala si ortopedica pana la vindecare (inclusiv pansamentul plagii, scoaterea firelor si manevrele chirurgicale impuse de anumite complicatii minore, scoaterea ghipsului).

Se deconteaza ca o consultatie de control si urmatoarele doua consultatii ce au fost necesare pentru confirmarea diagnosticului de prezumtie, pe baza investigatiilor suplimentare solicitate de medicul de specialitate.

B. Servicii medicale acordate in ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Pachetul de servicii medicale de baza

		³Nr. ³	Denumire specialitate/serviciu	³ Puncte ³
³A	³Alergologie si imunologie clinica	3		3
³A1	³Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv si negativ)	3		3
³A2	³Teste de provocare nazala, oculara, bronsica	3		5 3
³A3	³Teste cutanate cu agenti fizici (maximum 4 teste)	3		3/test 3
³A4	³Imunoterapie specifica cu vaccinuri alergenic standardizate			³10/sedinta³
³A5	³Peakflow metrie	3		5 3
³A6	³Spirometrie (efectuare)	3		10 3
³A7	³Aerosoli/caz (sedinta)	3		3 3

³ A8 ³ Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor ³ 15 ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
³ B) Cardiologie ³ ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
³ ³ Consultatia de cardiologie include si interpretarea EKG ³ ³
AAAAAA
AAAAAA
³ B1 ³ Examen electrocardiografie (efectuate) ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ B2 ³ Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter) ³ 20 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ B3 ³ Interpretare Holter TA ³ 15 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ B4 ³ Oscilometrie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ B5 ³ Efectuare EKG de efort ³ 6 ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
³ C) Chirurgie inclusiv chirurgie pediatrica si chirurgie plastica - ³ ³
³ ³ microchirurgie reconstructiva*) ³ ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
³ ³ Consultatia chirurgicala se puncteaza separat numai pentru alte afectiuni ³ ³
³ ³ decat cele enumerate mai jos ³ ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc ³ Consultatia si terapia chirurgicala (inclusiv anestezia locala) a: ³ ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.1 ³ Panaritiului eritematos ³ 15 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.2 ³ Panaritiului flictenular ³ 20 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.3 ³ Panaritiului periunghial si subunghial ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.4 ³ Panaritiului antracoid ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.5 ³ Panaritiului pulpar ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.6 ³ Panaritiului osos, articular, tenosinoyal***) ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.7 ³ Flegmoanelor superficiale mana fara limfangita ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.8 ³ Flegmoanelor loja tenara, hipotenara, comisurale, tenosinovitelor ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.9 ³ Abscesului de parti moi ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.10 ³ Abscesului pilonidal***) ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.11 ³ Furunculului ³ 20 ³
AAAAAA
AAAAAA
³ Cc.12 ³ Furunculului antracoid, furunculozei ³ 20 ³

AAAAAA
AAAAAA
3Cc.13³Hidrosadenitei 3 22 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.14³Celulitei 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.15³Seromului posttraumatic 3 22 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.16³Arsurilor termice < 10% 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.17³Leziunilor externe prin agenti chimici < 10% 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.18³Hematomului 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.19³Edemului dur posttraumatic 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.20³Plagilor taiate superficiale 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.21³Plagilor intepate superficiale 3 5 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.22³Degeraturilor (gr. I si gr. II) 3 12 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.23³Flebopatiilor varicoase superficiale; ruptura pachet varicos 3 25 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.24³Adenoflegionului 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.25³Supuratiilor postoperatorii 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.26³Consultatia, tratamentul si ingrijirea piciorului diabetic (polinevrita, 3 3
3 3supuratii, microangiopatie) 3 22 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.27³Consultatia si terapia chirurgicala (inclusiv anestezia locala) a: 3 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.28³Afectiunilor mamare superficiale 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.29³Supuratiilor mamare profunde****) 3 25 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.30³Granulomului ombilical 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.31³Abcesului perianal 3 25 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.32³Fimozei (decalotarea, debridarea) 3 10 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.33³Consultatia si terapia chirurgicala (inclusiv anestezia locala) a: 3 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.34³Polipului rectal procident (extirpare) 3 25 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.35³Tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.36³Tumorii scalpului, simpla 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA
3Cc.37³Tumorilor simple ale buzei 3 20 3
AAAAAA
AAAAAA

³ C.1 ³Oscilometrie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ C.2 ³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ C.3 ³Administrare intravenoasa de medicamente ³ 4 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ C.4 ³Endoscopie digestiva superioara diagnostica (esofag, stomac, duoden) ³ 30 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D. ³Dermatovenerologie ³ 3
AAAAAA
AAAAAA

³D.c. ³Consultatia si tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate (anestezie, ³ 3
³ excizie, sutura, pansament) ³ 25 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.1 ³Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune ³ 10 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.2 ³Crioterapia/leziune ³ 10 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.3 ³Tratamente cu laser soft/leziune ³ 10 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.4 ³Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local ³ 15 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.5 ³Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generala ³ 10 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ D.6 ³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA

³ E. ³Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice ³ 3
AAAAAA
AAAAAA

³ ³Consultatia pentru diabet zaharat, nutritie si boli metabolice include si ³ 3
³ stabilirea unor regimuri alimentare specifice ³ 3
AAAAAA
AAAAAA

³Ec.1 ³Consultatia, tratamentul si ingrijirea piciorului diabetic (polinevrita, ³ 3
³ supuratii, microangiopatie) ³ 22 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ E.2 ³Examen electrocardiografic (efectuare) ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ E.3 ³Oscilometrie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ E.4 ³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ E.5 ³Administrare intravenoasa de medicamente ³ 4 ³
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA

³ F. ³Endocrinologie ³ 3
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA

³ ³Consultatia de endocrinologie include si stabilirea criteriilor ³ 3
³ antropometrice, a curbelor de crestere, stabilirea unor regimuri alimentare ³ 3
³ specifice ³ 3
AAAAAA
AAAAAA

³ F.1 ³Exoftalmometrie (aprecierea exoftalmiei) ³ 5 ³
AAAAAA
AAAAAA

³ F.2 ³Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) ³ 20 ³

3 F.3 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
 3 G. 3Gastroenterologie 3 3
 3 G.1 3Polipectomie endoscopica gastrica 3 50 3
 3 G.2 3Polipectomie endoscopica rectosigmoidiana 3 50 3
 3 G.3 3Polipectomie endoscopica colonica 3 70 3
 3 G.4 3Colonoscopie diagnostica 3 45 3
 3 G.5 3Bandare varice esofagiene 3 45 3
 3 G.6 3Extractie endoscopica corpi straini 3 20 3
 3 G.7 3Endoscopie digestiva superioara diagnostica (esofag, stomac, duoden) 3 30 3
 3 H. 3Genetica medicala 3 3
 3Hc.1 3Consultatie si sfat genetic (evaluarea riscului de recurenta si precizarea 3 3
 3 3posibilitatilor de a reduce acest risc) inclusiv morfometria 3 40 3
 3 I. 3Hematologie 3 3
 3 I.1 3Punctie-biopsie osoasa cu amprenta 3 30 3
 3 I.2 3Functie aspirat de maduva osoasa 3 12 3
 3 J. 3Neurologie, neuropsihiatrie infantila**) 3 3
 3 J.c 3Consultatia include si interpretarea investigatiilor specifice 3 25 3
 3 J.1 3Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, 3 3
 3 3echotomografie si tehnici derivate) 3 45 3
 3 J.2 3Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale si tehnici derivate 3 45 3
 3 J.3 3Examen electromiografic 3 20 3
 3 J.4 3Examen electroneurografic 3 20 3
 3 J.5 3Determinarea potentialelor evocate: 3 3

3 J.5.a³vizuale 3 10 3
 3 J.5.b³de trunchi cerebral (auditive) 3 10 3
 3 J.5.c³somatoestezice 3 10 3
 3 J.6³Examen electroencefalografic standard 3 10 3
 3 J.7³Examen electroencefalografic cu probe de stimulare 3 15 3
 3 J.8³Examen electroencefalografic cu mapping 3 15 3
 3 J.9³Video - electroencefalografie 3 15 3
 3 J.10³Consiliere psihologica copii - psiholog 3 30 3
 3 J.11³ Psihodiagnostic psiholog 3 30 3
 3 Jc.12³Consultatie logopedie*) 3 15 3
 3 *) Pentru copiii sub 6 ani 20 puncte 3 3
 3 K. ³Nefrologie 3 3
 3 K.1³Examen electrocardiografie (efectuate) 3 5 3
 3 K.2³Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
 3 K.3³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 L. ³Oncologie medicala 3 3
 3 Lc.1³Consultatie si prim-ajutor pentru supuratii 3 20 3
 3 L.1³Infiltratii peridurale 3 15 3
 3 L.2³Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
 3 L.3³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 L.4³Bronhoscopie 3 30 3
 3 L.5³Endoscopie digestiva superioara diagnostica (esofag, stomac, duoden) 3 30 3
 3 M. ³Obstetrica-ginecologie 3 3
 3 ³Consultatia obstetricala si/sau ginecologica include si recoltarea secretiei³ 3

³ ³vaginale, recoltarea secretiei mamelonare, colposcopie si/sau vulvoscopie, ³ ³
³ ³histeroscopie diagnostica, histeroscopie cu biopsie, aplicarea si ³ ³
³ ³indepartarea unui sterilet, recomandarea unui produs de contraceptie ³ ³
 AAAA'

³ M.1 ³Ablatia unui polip sau fibrom cervical ³ 20 ³
 AAAA'

³ M.2 ³Conizatia cu ansa diatermica sau cu bisturiul ³ 25 ³
 AAAA'

³ M.3 ³Manevre de mica chirurgie pentru abces si/sau chist vaginal sau Bartholin cu³ ³
³ ³marsupializare, polipi, vegetatii vulva, vagin, col ³ 22 ³
 AAAA'

³ M.4 ³Tratamente locale: badijonaj, lavaj/caz*) ³ 10 ³
 AAAA'

³ M.5 ³Recoltare pentru test Babes-Papanicolau ³ 8 ³
 AAAA'

³ M.6 ³Extractie de corpi straini ³ 5 ³
 AAAA'

³ M.7 ³Administrare intravenoasa de medicamente ³ 4 ³
 AAAA'

³ M.8 ³Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie ³ 5 ³
 AAAA'

³ ³*) Pentru alte cazuri decat cele de mica chirurgie ³ ³
 AAAA'

³ N. ³Oftalmologie ³ ³
 AAAA'

³ ³Consultatia oftalmologica include si explorarea functiei aparatului ³ ³
³ ³lacrimal, determinarea acuitatii vizuale, prescriptia corectiei optice, ³ ³
³ ³examinare digitala a tensiunii oculare, examinarea motilitatii oculare, ³ ³
³ ³examen in lumina difuza ³ ³
 AAAA'

³ N.1 ³Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia ³ 12 ³
 AAAA'

³ N.2 ³Determinarea refractiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie*), ³ ³
³ ³astigmometrie) ³ 5 ³
 AAAA'

³ N.3 ³Explorarea campului vizual (perimetrie) ³ 15 ³
 AAAA'

³ N.4 ³Explorarea functiei binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen ³ ³
³ ³diplopie ³ 10 ³
 AAAA'

³ N.5 ³Tonometrie; proba provocare; oftalmodinamometrie ³ 5 ³
 AAAA'

³ N.6 ³Extractia corpurilor straini ³ 13 ³
 AAAA'

³ N.7 ³Tratamentul chirurgical al unor afectiuni ale anexelor globului ocular ³ ³
³ ³(salazion, tumori benigne care nu necesita plastii intinse, chist, flegmon, ³ ³
³ ³abces, sutura unei plagi, interventii chirurgicale estetice) ³ 20 ³
 AAAA'

³ N.8 ³Tratamentul chirurgical al pterigionului ³ 25 ³
 AAAA'

³ N.9 ³Abrazia corneei; termocauterizarea corneei; crioaplicatii ³ 12 ³
 AAAA'

³ N.10 ³Tratament cu LASER la polul posterior ³ 40 ³
 AAAA'

³ N.11 ³Tratamentul cu LASER la polul anterior ³ 30 ³

3N.12 3Tratamentul ortoptic/sedinta 3 10 3
 3N.13 3Biometrie 3 15 3
 3N.14 3Injectare subconjunctivala, retrobulbara de medicamente 3 4 3
 3N.15 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 3*) Se deconteaza numai pentru copii. 3 3
 3 O. 3Otorinolaringologie****) 3 3
 3 3Consultatia ORL include: examen nas-sinusuri, examen buco-faringoscopic, 3 3
 3 3rinoscopie posterioara, examenul laringoscopic si hipofaringoscopic, 3 3
 3 3examenul otoscopic, examen vestibular, examen nervi cranieni 3 3
 3 O.1 3Examen fibroscopic nas, cavum, laringe 3 15 3
 3 O.2 3Tamponament posterior 3 15 3
 3 O.3 3Punctie sinusala, lavaj, tratament local/caz 3 10 3
 3 O.4 3Tratament chirurgical colectie: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul 3 3
 3 3CAE 3 15 3
 3 O.5 3Extractie corpi straini 3 5 3
 3 O.6 3Tamponament anterior 3 5 3
 3 O.7 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 O.8 3Cura chirurgicala a othematomului 3 5 3
 3 O.9 3Audiometrie la casti sau in camp liber vocala sau tonala 3 20 3
 3O.10 3Foniatrice 3 20 3
 3O.11 3Aerosoli/caz 3 3 3
 3O.12 3Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare 3 15 3
 3O.13 3Impedanta 3 20 3
 3O.14 3Tratament chirurgical al traumatismelor ORL 3 25 3
 3O.15 3Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale 3 18 3
 3O.16 3Proceduri endoscopice nazale si sinusale 3 30 3
 3O.17 3Exercitii pentru tulburari de vorbire (sedinta) logoped 3 15 3

AAAAAA
AAAAAA
3O.18 3Investigarea psihoacustica a vocii psiholog 3 10 3
AAAAAA
AAAAAA
3O.19 3Psihoterapie sugestiva armata in afonii psihogene (sedinta) psiholog 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Oc.1 3Consultatie*) logopedie 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3 3*) Pentru copii sub 6 ani 20 puncte 3 3
AAAAAA
AAAAAA
AAAAAA
3 P. 3Ortopedie si traumatologie inclusiv ortopedie pediatrica 3 3
AAAAAA
AAAAAA
3 3Consultatia ortopedica initiala sau de control dupa caz, se raporteaza 3 3
3 3pentru patologii osoase netraumatice si necongenitale altele decat cele 3 3
3 3enumerata mai jos; consultatii de control pentru patologia traumatica si 3 3
3 3congenitala care a necesitat aparat gipsat se raporteaza numai pentru 3 3
3 3scoaterea gipsului la vindecare 3 3
AAAAAA
AAAAAA
3 3Consultatia si tratamentul ortopedic (inclusiv inlocuirea gipsului daca a 3 3
3 3fost necesara) al: 3 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.1 3Luxatiei, entorsei sau fracturii antebratului, pumnului, gleznei, oaselor 3 3
3 3carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange 3 25 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.2 3Entorsei sau luxatiei pateleii, umarului; disjunctie acromio-claviculara; 3 3
3 3fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii 3 3
3 3tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); leziune de menisc; 3 3
3 3instabilitate acuta de genunchi; ruptura musculara 3 32 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.3 3Fracturii femurului; luxatiei, entorsei, fracturii de gamba cu aparat 3 3
3 3cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii 3 3
3 3musculare 3 40 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.4 3Consultatia si tratamentul unei osteonecroze aseptice (osteocondroze) la 3 3
3 3nivelul scafidului tarsian, semilunar, cap metatarsian II sau III etc. 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.5 3Consultatia si tratamentul unei infectii osoase (osteomielita, osteita) la 3 3
3 3falange 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.6 3Consultatii de control postoperatorii ale unei tuberculoze osteoarticulare 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.7 3Consultatie, examen diagnostic si tratament in displazia luxanta a soldului 3 3
3 3in primele 6 luni 3 30 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.8 3Consultatia si tratamentul piciorului stramb congenital in primele 3 luni 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.9 3Consultatia si tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat 3 3
3 3valg 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3Pc.10 3Consultatia si tratamentul plagilor contuze ale membrelor, fenomenelor 3 3
3 3posttraumatice: hematom, serom, edem; retusuri de bont 3 15 3
AAAAAA
AAAAAA
3 P.1 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
AAAAAA
AAAAAA
3 P.2 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
AAAAAA
AAAAAA
3 P.3 3Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) 3 20 3

3 R. 3 Pneumologie 3 3
 3 R.1 Bronhoscopie 3 30 3
 3 R.2 Spirometrie 3 10 3
 3 R.3 Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor 3 15 3
 3 R.4 Extragere bronhoscopica de corpi straini din caile respiratorii 3 35 3
 3 R.5 Peakflow metrie 3 5 3
 3 R.6 Aerosoli/caz (sedinta) 3 3 3
 3 R.7 Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv si negativ) 3 7/test 3
 3 R.8 Teste de provocare nazala, oculara, bronsica 3 5 3
 3 R.9 Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 R.10 Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
 3 S. 3 Psihiatrie inclusiv pediatria, neuropsihiatrie infantila**) 3 3
 3 Sc.1 Consultatia initiala include: anamneza, evaluare psihologica, stabilirea obiectivelor psihoterapeutice si a metodelor de tratament; durata medie 30 de minute 3 3
 3 3 45 3
 3 Sc.2 Consultatia de control include: efectuarea si/sau interpretarea unor investigatii complementare specifice (examen psihologic: QI, ancheta sociala, teste, scale clinice) si nespecifice, reevaluari, psihoeducatia pacientului, familiala, terapie educationala; durata medie 30 de minute 3 25 3
 3 S.1 Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale (Doppler, echotomografie si tehnici derivate) 3 45 3
 3 S.2 Examen electroencefalografic standard 3 10 3
 3 S.3 Examen electroencefalografic cu probe de stimulare 3 15 3
 3 S.4 Examen electroencefalografic cu mapping 3 15 3
 3 S.5 Video - electroencefalografie 3 15 3
 3 S.6 Psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii) 3 15 3
 3 S.7 Psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv-compulsive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii) 3 15 3

3 S.8 3Consiliere psihiatrica nespecifica pentru pacient 3 15 3
 3 S.9 3Consiliere psihologica copii - psiholog 3 30 3
 3Sc.3 3Psihodiagnostic psiholog 3 30 3
 3Sc.4 3Consultatie*) logopedie 3 15 3
 3 3*) Pentru copii sub 6 ani 20 puncte 3 3
 3 T. 3Radioterapie 3 3
 3 T.1 3Acte de RT de inalta energie protocolul de tratament 3 50 3
 3 T.2 3Acte de RT cu energii medii si joase protocol de tratament (atat pentru 3 3
 3 3afectiunile tumorale maligne, cat si pentru cele benigne) 3 25 3
 3 T.3 3Acte de curieterapie 3 3
 3T.3.a 3Protocol de tratament pentru curieterapie interstitiala si endocavitara 3 50 3
 3T.3.b 3Aplicatori radioactivi pentru curieterapie de contact de scurta durata 3 20 3
 3 U. 3Reumatologie 3 3
 3 U.1 3Infiltratii peridurale 3 15 3
 3 U.2 3Mezoterapie 3 8 3
 3 U.3 3Blocaje nervi periferici 3 15 3
 3 U.4 3Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxina botulinica) 3 20 3
 3 U.5 3Efectuarea densimetriei osoase (ultrasunete) 3 20 3
 3 U.6 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
 3 U.7 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
 3 V. 3Urologie 3 3
 3 3Consultatia de urologie include si montarea, inlocuirea si scoaterea 3 3
 3 3cateterelor sau sondelor uretrale 3 3
 3Vc.1 3Consultatie si terapie chirurgicala (inclusiv anestezia) pentru leziuni 3 3
 3 3traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine 3 12 3
 3 V.1 3Dilatatia stricturii uretrale 3 8 3

AAAAAAA
AAAAAAA
3 V.2 3Sectiunea optica a stricturii uretrale 3 12 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 V.3 3Uretroscopie ambulatorie 3 10 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 V.4 3Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retentie completa de urina 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 V.5 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 V.6 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X. 3Medicina interna; geriatrie si gerontologie 3 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.1 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.2 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.3 3Aspiratie gastrica diagnostica si terapeutica 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.4 3Colonoscopie diagnostica 3 45 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.5 3Examen electrocardiografic (efectuare) 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.6 3Interpretare EKG continuu (24 ore, Holter) 3 20 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.7 3Interpretare Holter TA 3 15 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.8 3Oscilometrie 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 X.9 3Endoscopie digestiva superioara diagnostica (esofag, stomac, duoden) 3 30 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.10 3Spirometrie 3 10 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.11 3Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor 3 15 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.12 3Teste de provocare nazala, oculara, bronsica 3 5 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.13 3Aerosoli/caz (sedinta) 3 3 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.14 3Examen electrocardiografic de efort (efectuare) 3 6 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3X.15 3Extractie endoscopica corpi straini 3 20 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 Y. 3Pediatrie 3 3
AAAAAAA
AAAAAAA
3 3Consultatia de pediatrie include si stabilirea criteriilor antropometrice, a3 3
3 3curbelor de crestere cat si stabilirea unor regimuri alimentare specifice 3 3
AAAAAAA
AAAAAAA

3Yc.1 3Consultatie si prim-ajutor pentru plagi intepate, taiate, contuze, entorse, 3 3
3 3 fracturi 3 25 3
3 3 Y.1 3Imunoterapia specifica 33/sedinta 3
3 3 Y.2 3Peakflow metrie 3 5 3
3 3 Y.3 3Aerosoli/caz (sedinta) 3 3 3
3 3 Y.4 3Teste de provocare nazala, oculara, bronșica 3 5 3
3 3 Y.5 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
3 3 Y.6 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
3 3 Y.7 3Endoscopie digestiva superioara diagnostica (esofag, stomac, duoden) 3 30 3
3 Z. 3Planificare familiala 3 3
3 Z.1 3Recoltare pentru test Babes-Papanicolau 3 8 3
3 Z.2 3Recoltarea unui produs patologic sau material pentru biopsie 3 5 3
3 Z.3 3Administrare intravenoasa de medicamente 3 4 3
3 Z.4 3Test de sarcina 3 8 3
3 Q. 3Acupunctura (Consultatie si proceduri) (****) 3 3
3 Q.2 3Homeopatie, fitoterapie (consultatie initiala si consultatii de control) 3 3

ST

*) Serviciile medicale chirurgicale se acorda de medici in concordanta cu specialitatea chirurgicala obtinuta.
**) Medicii cu specialitate neuropsihiatrie infantila pot efectua si raporta atat servicii medicale cuprinse la lit. J, cat si servicii medicale cuprinse la lit. S.
***) Aceste servicii se deconteaza numai pentru furnizorii care au sala de operatii.
****) Medicii de specialitate care efectueaza audiograme si care fac recomandari pentru protezare auditiva sunt cei care efectueaza si audiogramele dupa protezare.
*****) Casele de asigurari de sanatate deconteaza:
- o consultatie initiala si maximum doua consultatii de control pentru fiecare cura /asigurat conform punctajului prevazut la pct. 1 lit. A;
- 5 puncte/procedura, maxim 4 proceduri/zi, maxim 10 zile de tratament, maxim 2 cure/an/asigurat;
*****) punctajul este cel prevazut la pct. 1 lit. A. Pentru fiecare caz casele de asigurari de sanatate deconteaza o consultatie initiala si maxim doua consultatii de control / diagnostic.

NOTA:

a) Serviciile medicale se acorda de catre medicul de specialitate care a acordat consultatia numai in cazurile considerate necesare in vederea stabilirii diagnosticului sau/si a aplicarii conduitei terapeutice.

b) Medicii de specialitate din specialitatile clinice pot efectua ecografiile cuprinse la cap. II pct. 1, ca o consecinta a actului medical propriu pentru asiguratii pentru care este necesar a se efectua aceste investigatii in vederea stabilirii diagnosticului sau pe baza de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie, si daca in cabinetul medical respectiv exista aparatura medicala necesara si medicii de specialitate respectivi au obtinut competenta confirmata prin ordin al ministrului sanatatii publice. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie cu casele de asigurari de sanatate, acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice,

2. Pachetul minimal de servicii medicale

T

- a) consultatie medicala initiala pentru constatarea situatiei de urgenta (include toate serviciile medicale necesare, in limita competentei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situatiei care pune in pericol viata pacientului si/sau bilet de trimitere pentru internare in spital pentru cazurile care depasesc posibilitatile de rezolvare in ambulatoriul de specialitate) - 15 puncte
- b) consultatie medicala initiala pentru depistarea de boli cu potential endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament) - 15 puncte/
caz confirmat

ST

Se raporteaza si se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata si pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata.

3. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ

T

- a) consultatie medicala initiala pentru constatarea situatiei de urgenta (include toate serviciile medicale necesare, in limita competentei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situatiei care pune in pericol viata pacientului si/sau bilet de trimitere pentru internare in spital pentru cazurile care depasesc posibilitatile de rezolvare in ambulatoriul de specialitate) - 15 puncte
- b) consultatie medicala initiala pentru depistarea de boli cu potential endemo-epidemic (examen obiectiv, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament) TM 15 puncte/
caz confirmat

ST

Se raporteaza si se deconteaza o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata si pentru fiecare boala cu potential endemo-epidemic suspicionata si confirmata.

c) servicii medicale acordate copilului cu varsta cuprinsa intre 0 si 18 ani. Se acorda serviciile medicale prevazute la pct. 1 - Pachetul de servicii medicale de baza

d) consultatii pentru afectiuni acute intercurrente (anamneza, examen obiectiv, diagnostic si tratament). Tratamentul prescris se recomanda prin prescriptie contra cost. Punctajul este cel prevazut la pct. 1 lit. A. Pentru fiecare caz, casa de asigurari de sanatate deconteaza o consultatie initiala si maxim doua consultatii de control pe asigurat si pe an.

CAP. II

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATILE PARACLINICE

1. Pachetul de servicii medicale de baza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice

T

Nr. ³	Cod ³	Denumirea analizei	Tarif maxi- ³
3 ³	3	mal decon-	3
3 3	3	at de casa	3
3 3	3	de asigu-	3
3 3	3	rari de sa-	3
3 3	3	natate	3
3 3	3	-lei-	3
- Hematologie			
3 1 3 2 3	3 8 3 0 3 7 3 0	Hemoleucograma completa	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	hemoglobina, hematocrit,	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	numaratoare eritrocite,	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	numaratoare leucocite,	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	numaratoare trombocite,	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	formula leucocitara indici	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	eritrocitari*1)	12,62 ³
3 2 3 2 3	3 8 3 0 3 4 3 0	Numaratoare reticulocite*1)	3 2,80 ³
3 3 2 3	3 8 3 0 3 3 3 0	Examen citologic al frotiului	3 3
3 3 3 3 3 3 3	3	sanguin*3)	16,76 ³
3 4 3 2 3	3 8 3 1 3 0 3 0	VSH*1)	3 2,37 ³
3 5 3 2 3	3 8 3 6 3 0 3 1	Timp de coagulare	3 2,74 ³
3 6 3 2 3	3 8 3 6 3 0 3 2	Timp de sangerare	3 2,65 ³

37	23	38	36	32	31	3	3	Timp Quick, activitate de protrombina*1)	6,50 ³
38	23	38	36	30	33	3	3	(International Normalised Ratio)	7,68 ³
39	23	38	36	32	23	3	3	APTT	11,07 ³
310	23	38	32	31	31	3	3	Determinare grup sanguin ABO (la gravida*1))	6,79 ³
311	23	38	32	31	23	3	3	Determinare grup sanguin Rh (la gravida*1))	7,09 ³
312	23	38	32	33	03	3	3	Anticorpi specifici anti Rh (la gravida*1))	6,79 ³
- Biochimie									
313	23	31	31	32	30	3	3	Uree serica*1)	5,28 ³
314	23	31	31	33	03	3	3	Acid uric seric*1)	5,28 ³
315	23	31	31	34	03	3	3	Creatinina serica*1)**)	5,33 ³
316	23	31	35	31	30	3	3	Calciu ionic seric*1)	7,09 ³
317	23	31	35	31	31	3	3	Calciu seric total*1)	4,83 ³
318	23	31	35	37	03	3	3	Magneziemie*1)	4,83 ³
319	23	38	33	39	03	3	3	Sideremie*1)	6,40 ³
320	23	31	33	31	30	3	3	Glicemie*1)	5,17 ³
321	23	31	34	32	30	3	3	Colesterol seric total*1)	5,17 ³
322	23	31	34	30	34	3	3	Trigliceride serice*1)	6,34 ³
323	23	31	34	34	31	3	3	HDL colesterol (numai in HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1))	7,37 ³
324	23	31	34	34	33	3	3	LDL (numai in HTA si obezitate si dislipidemii la copii*1))	6,93 ³
325	23	31	34	30	30	3	3	Lipide totale serice	5,63 ³
326	23	31	30	32	30	3	3	Proteine totale serice*1)	6,34 ³
327	23	34	36	30	30	3	3	TGO*1)	5,25 ³
328	23	34	36	31	30	3	3	TGP*1)	5,28 ³
329	23	34	37	32	30	3	3	Fosfataza alcalina*1)	7,01 ³
330	23	33	32	31	30	3	3	Fibrinogenemie*1)	12,32 ³
331	23	34	36	38	30	3	3	Gama GT	7,20 ³
332	23	34	35	30	30	3	3	LDH	8,00 ³
333	23	31	31	35	30	3	3	Bilirubina totala; directa*1)	5,28 ³
334	23	34	39	36	31	3	3	Electroforeza proteinelor serice*1)	13,68 ³
335	23	34	39	36	32	3	3	Electroforeza lipidelor serice	15,41 ³
336	23	36	30	32	31	3	3	VDRL*1)	4,95 ³
337	23	36	30	32	32	3	3	RPR*1)	4,94 ³
338	23	36	30	32	33	3	3	Confirmare TPHA*1), *4)	11,06 ³
339	23	32	34	30	30	3	3	Test Gutthrie	10,77 ³
340	23	31	35	36	30	3	3	Determinare litiu	10,92 ³

341	3 2 3 . 3 1 3 0 3 2 3 6	Hemoglobina glicozilata	3	20,35 ³
		Imunologie	3	
342	3 2 3 . 3 6 3 2 3 5 3 0	ASLO*1)	3	10,34 ³
343	3 2 3 . 3 6 3 6 3 9 3 2	Factor reumatoid	3	8,41 ³
344	3 2 3 . 3 6 3 6 3 9 3 1	Proteina C reactiva*1)	3	9,60 ³
345	3 2 3 . 3 6 3 7 3 3 3 1	IgA, seric	3	13,29 ³
346	3 2 3 . 3 6 3 7 3 3 3 2	IgE seric	3	12,87 ³
347	3 2 3 . 3 6 3 7 3 3 3 3	IgM seric	3	13,59 ³
348	3 2 3 . 3 6 3 7 3 3 4	IgG seric	3	13,29 ³
349	3 2 3 . 3 5 3 5 3 4 3 0	Imunofixare	3	8,05 ³
350	3 2 3 . 3 6 3 7 3 8 3 0	Crioglobuline	3	5,63 ³
351	3 2 3 . 3 1 3 0 3 9 3 1	Complement seric	3	9,76 ³
352	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 5	Depistare Chlamydii	3	17,59 ³
353	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 6	Depistare Helicobacter Pylori	3	19,44 ³
354	3 2 3 . 3 5 3 5 3 6 3 0	Testare HIV (la gravida*1)	3	29,97 ³
355	3 2 3 . 3 4 3 0 3 6 3 0	TSH	3	18,45 ³
356	3 2 3 . 3 4 3 0 3 4 3 0	FT4	3	18,75 ³
357	3 2 3 . 3 6 3 3 3 9 3 1	Ag Hbe*2)	3	51,65 ³
358	3 2 3 . 3 6 3 3 3 9 3 2	Ag HBs (screening)*2)	3	28,05 ³
359	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 1	Anti-HAV IgM*2)	3	36,90 ³
360	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 2	Anti-HBc*2)	3	29,52 ³
361	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 3	Anti-Hbe*2)	3	33,94 ³
362	3 2 3 . 3 6 3 2 3 0 3 4	Anti HCV*2)	3	58,43 ³
363	3 2 3 . 3 4 3 1 3 3 3 0	STH cu stimulare	3	26,56 ³
364	3 2 3 . 3 4 3 3 3 2 3 1	FSH	3	21,45 ³
365	3 2 3 . 3 4 3 3 3 2 3 2	LH	3	21,45 ³
366	3 2 3 . 3 4 3 3 3 2 3 3	Estradiol	3	21,45 ³
367	3 2 3 . 3 4 3 3 3 0 3 0	Cortizol	3	25,09 ³
368	3 2 3 . 3 4 3 3 3 3 3 2	Progesteron	3	22,79 ³
369	3 2 3 . 3 4 3 3 3 3 3 1	Prolactina	3	22,79 ³
		- Exudat faringian	3	
370	3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 1	Cultura*1) (inclusiv antibiograma	3	3
		3 pentru culturi pozitive)	3	14,92 ³
371	3 2 3 . 3 7 3 0 3 1 3 1	Cultura fungi	3	7,77 ³
		- Examen sputa	3	
372	3 2 3 . 3 5 3 0 3 0 3 1	Examen microscopic nativ	3	4,80 ³
373	3 2 3 . 3 5 3 0 3 4 3 1	Examen microscopic colorat -	3	3
		3 Ziehl Neelsen	3	13,59 ³
374	3 2 3 . 3 5 3 0 3 3 3 1	Examen microscopic colorat Gram	3	6,40 ³
375	3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 2	Cultura (inclusiv	3	3

3 3 3 3 3 3 3 3 antibiograma pentru culturi 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 pozitive) 3 14,92³
 376 3 2 3 . 3 7 3 0 3 1 3 2 3 Cultura fungi 3 7,77³
 - Analize de urina 3
 377 3 2 3 . 3 3 4 3 5 3 0 3 Examen complet de urina 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 (sumar + sediment)*1) 3 8,41³
 378 3 2 3 . 3 5 3 0 3 4 3 2 3 Examen microscopic colorat - 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 Ziehl Neelsen 3 13,59³
 379 3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 3 3 Urocultura*1) (inclusiv 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 antibiograma pentru culturi 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 pozitive) 3 18,09³
 380 3 2 3 . 3 2 3 2 3 0 3 3 Determinare glucoza urinara*1) 3 4,43³
 381 3 2 3 . 3 2 3 0 3 3 3 0 3 3 Determinare proteine urinare*1) 3 5,31³
 - Examenе materii fecale 3
 382 3 2 3 . 3 7 3 1 3 2 3 0 3 Examen coproparazitologic 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 (3 probe)*1) 3 11,22³
 383 3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 4 3 Coprocultura*1) (inclusiv 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 antibiograma pentru culturi pozitive) 3 20,45³
 - Examenе din secretii vaginale 3
 384 3 2 3 . 3 5 3 0 3 0 3 2 3 Examen microscopic nativ 3 4,43³
 385 3 2 3 . 3 7 3 3 3 4 3 0 3 Examen microscopic colorat 3 5,60³
 386 3 2 3 . 3 9 3 1 3 6 3 0 3 Examen Babes-Papanicolau*1) 3 35,43³
 387 3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 5 3 Cultura (inclusiv antibiograma pentru 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 culturi pozitive) 3 18,28³
 388 3 2 3 . 3 7 3 0 3 1 3 3 3 Cultura fungi (inclusiv fungigrama 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 pentru culturi pozitive) 3 16,62³
 - Examenе din secretii uretrale otice, nazale, conjunctivale si puroi 3
 389 3 2 3 . 3 5 3 0 3 3 3 2 3 Examen microscopic colorat 3 5,60³
 390 3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 6 3 Cultura (inclusiv antibiograma pentru 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 culturi pozitive) 3 18,24³
 391 3 2 3 . 3 5 3 0 3 7 3 0 3 Cultura germeni anaerobi (inclusiv 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 antibiograma pentru culturi pozitive) 3 20,89³
 - Examen lichid punctie 3
 392 3 2 3 . 3 5 3 0 3 3 3 3 Examen microscopic/frotiu 3 5,17³
 393 3 2 3 . 3 5 3 0 3 6 3 7 3 Cultura (inclusiv antibiograma 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 pentru culturi pozitive) 3 18,97³
 394 3 2 3 . 3 9 3 1 3 7 3 0 3 Citodiagnostic lichid punctie 3 28,94³
 - Examen sudoare 3
 395 3 2 3 . 3 2 3 8 3 4 3 0 3 Ionoforeza pilocarpinica 3 15,18³
 - Examinari histopatologice 3
 396 3 2 3 . 3 9 3 0 3 0 3 0 3 Piesa prelucrata la parafina 3 27,60³
 397 3 2 3 . 3 9 3 0 3 2 3 1 3 Bloc inclus la parafina cu diagnostic 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 histopatologic 3 36,31³
 398 3 2 3 . 3 9 3 0 3 2 3 0 3 Diagnostic histopatologic pe lama 3 16,39³
 399 3 2 3 . 3 9 3 0 3 1 3 0 3 Examen histopatologic cu coloratii 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 3 speciale 3 111,88³
 3 3 3 3 3 3 3 3

3100³ 2³ 3⁹ 0³ 2³ 2³ Citodiagnostic sputa prin incluzii³ 3³
 3 3 3 3 3 3 3 parafina³ 41,04³
 3101³ 2³ 3⁹ 0³ 2³ 3³ Citodiagnostic secretie vaginala³ 29,57³
 3102³ 2³ 3⁹ 0³ 2³ 3⁴ Examen citohormonal³ 27,31³
 3103³ 2³ 3⁹ 0³ 2³ 5³ Citodiagnostic lichid de punctie³ 28,94³
 3104³ 2³ 3⁹ 0³ 3³ 0³ Teste imunohistochimice*)³ 85,53/set³
 3 TM Examinari radiologice³
 3105³ 3 3 3 3 3 Radiografii craniana standard³ 3³
 3 3 3 3 3 3 in 2 planuri*1)³ 11,56³
 3106³ 3 3 3 3 3 Radiografii craniana in³ 3³
 3 3 3 3 3 3 proiectie speciala*1)³ 17,60³
 3107³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic parti ale³ 3³
 3 3 3 3 3 3 scheletului in 2 planuri*1)³ 14,89³
 3108³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic torace osos sau³ 3³
 3 3 3 3 3 3 parti ale lui in mai multe planuri*1)³ 18,55³
 3109³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic centura scapulara sau³ 3³
 3 3 3 3 3 3 pelvina fara substanta de contrast*1)³ 15,36³
 3110³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic parti ale³ 3³
 3 3 3 3 3 3 coloanei vertebrale, mai³ 3³
 3 3 3 3 3 3 putin coloana cervicala*1)³ 18,85³
 3111³ 3 3 3 3 3 Ex radiologic alte articulatii³ 3³
 3 3 3 3 3 3 fara substanta de contrast sau³ 3³
 3 3 3 3 3 3 functionale cu TV*1)³ 14,10³
 3112³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic coloana vertebrala³ 3³
 3 3 3 3 3 3 completa mai putin coloana³ 3³
 3 3 3 3 3 3 cervicala*1)³ 31,53³
 3113³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic coloana cervicala in³ 3³
 3 3 3 3 3 3 cel putin 3 planuri*1)³ 27,72³
 3114³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic torace ansamblu³ 3³
 3 3 3 3 3 3 inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu³ 3³
 3 3 3 3 3 3 bol opac*1)³ 24,23³
 3115³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic organe ale gatului sau³ 3³
 3 3 3 3 3 3 ale planseului bucal*1)³ 23,28³
 3116³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic torace si organe ale³ 3³
 3 3 3 3 3 3 toracelui*1)³ 23,92³
 3117³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic de vizualizare generala³ 3³
 3 3 3 3 3 3 a abdomenului nativ in cel putin³ 3³
 3 3 3 3 3 3 2 planuri*1)³ 14,89³
 3118³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic esofag ca serviciu³ 3³
 3 3 3 3 3 3 independent, inclusiv radioscopie³ 19,97³
 3119³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic tract digestiv superior³ 3³
 3 3 3 3 3 3 (inclusiv unghiul duodenojejunal)³ 3³
 3 3 3 3 3 3 cu substanta de contrast nonionica*1)³ 45,32³
 3120³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic tract digestiv³ 3³
 3 3 3 3 3 3 cu intinderea examinarii pana³ 3³
 3 3 3 3 3 3 la regiunea ileo-cecala, inclusiv³ 3³
 3 3 3 3 3 3 substanta³ 69,08³
 3121³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic colon in dublu contrast³ 3³
 3 3 3 3 3 3 sau intestin subtire pe sonda³ 3³
 3 3 3 3 3 3 duodenala³ 80,02³
 3122³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic colon la copil,³ 3³
 3 3 3 3 3 3 inclusiv dezinvaginare³ 43,25³
 3123³ 3 3 3 3 3 Ex. radiologic tract urinar³ 3³
 3 3 3 3 3 3 (urografii minutata) cu substanta de³ 3³

3 3 3 3 3 3 3 3 contrast nonionica 3 237,67³
 3124³ 3 3 3 3 3 3 Examen radiologie retrograd de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 uretra sau vezica urinara cu 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 substanta de contrast nonionica 3 181,73³
 3125³ 3 3 3 3 3 3 Cistografie de reflux cu substanta de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 contrast nonionica 3 229,90³
 3126³ 3 3 3 3 3 3 Ex. radiologic uretra, vezica urinara 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 la copil cu substanta de contrast 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 nonionica 3 184,59³
 3127³ 3 3 3 3 3 3 Pielografie 3 221,81³
 3128³ 3 3 3 3 3 3 Ex. radiologie cu substanta de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 contrast nonionica a uterului 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 si oviductului 3 291,53³
 3129³ 3 3 3 3 3 3 Mamografie in 2 planuri*1) 3 26,63³
 3130³ 3 3 3 3 3 3 Sialografia, galactografia, sinusuri 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 cu contrast, fistulografia cu 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 substanta de contrast nonionica 3 186,33³
 3131³ 3 3 3 3 3 3 Flebografia de extremitati 3 201,06³
 3132³ 3 3 3 3 3 3 Tomografia plana 3 50,39³
 3133³ 3 3 3 3 3 3 Angiografia carotidiana 3 243,53³
 3134³ 3 3 3 3 3 3 Angiografia RM trunchiuri 3 174,83³
 3 3 3 3 3 3 3 supraoortice 3 3
 3135³ 3 3 3 3 3 3 Angiografia RM artere renale 3 174,83³
 3 3 3 3 3 3 3 sau aorta 3 3
 3136³ 3 3 3 3 3 3 P.E.G. 3 15,84³
 3137³ 3 3 3 3 3 3 CT craniu nativ si cu substanta 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 de contrast nonionica 3 239,24³
 3138³ 3 3 3 3 3 3 CT regiune gat nativ si cu 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 substanta de contrast nonionica 3 249,56³
 3139³ 3 3 3 3 3 3 CT regiune toracica nativ si 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 cu substanta de contrast 3 270,94³
 3 3 3 3 3 3 3 nonionica 3 3
 3140³ 3 3 3 3 3 3 CT abdomen nativ si cu substanta 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 de contrast (nonionica) adm. 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 intravenos 3 273,79³
 3141³ 3 3 3 3 3 3 CT pelvis nativ si cu substanta 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 de contrast (nonionica) adm. 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 intravenos 3 256,67³
 3142³ 3 3 3 3 3 3 CT coloana vertebrala nativ si 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 cu substanta de contrast 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 nonionica/segment 3 254,31³
 3143³ 3 3 3 3 3 3 CT membre cu substanta nativ si 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 de contrast nonionica/ segment 3 255,57³
 3144³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie generala(abdomen + 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 pelvis)*1) 3 30,42³
 3145³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie abdomen*1) 3 16,79³
 3146³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie pelvis*) 3 14,26³
 3147³ 3 3 3 3 3 3 Radioscopie cardiopulmonara*1) 3 16,00³
 3148³ 3 3 3 3 3 3 Radiografie retroalveolara 3 6,79³
 3149³ 3 3 3 3 3 3 Radiografie panoramica 3 24,23³
 3150³ 3 3 3 3 3 3 CT craniu fara substanta de contrast 3 3

3 3 3 3 3 3 3 3 nonionica 3 55,77³
 3151³ 3 3 3 3 3 3 CT regiune gat fara substanta de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 contrast nonionica 3 45,64³
 3152³ 3 3 3 3 3 3 CT regiune toracica fara substanta de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 contrast nonionica 3 108,69³
 3153³ 3 3 3 3 3 3 CT abdomen fara substanta de 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 contrast (nonionica) adm. intravenos 3 109,50³
 3154³ 3 3 3 3 3 3 CT pelvis fara substanta de contrast 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 (nonionica) adm. intravenos 3 56,41³
 3155³ 3 3 3 3 3 3 CT coloana vertebrala fara substanta 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 de contrast nonionica/ segment 3 45,47³
 3156³ 3 3 3 3 3 3 CT membre/segment 3 39,62³
 3 3 3 3 3 3 3 fara substanta de contrast 3 3
 3157³ 3 3 3 3 3 3 Radiografie de membre*1) 3 14,26³
 3158³ 3 3 3 3 3 3 EKG*1) 3 10,99³
 3159³ 3 3 3 3 3 3 Spirometrie*1) 3 10,29³
 3160³ 3 3 3 3 3 3 Spirograma + test farmacodinamic 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 bronhomotor 3 13,94³
 3161³ 3 3 3 3 3 3 Oscilometrie*1) 3 5,24³
 3162³ 3 3 3 3 3 3 EEG 3 12,20³
 3163³ 3 3 3 3 3 3 Electromiografie 3 16,80³
 3164³ 3 3 3 3 3 3 Peak-flowmetrie 3 2,54³
 3165³ 3 3 3 3 3 3 Endoscopie gastro-duodenala*1) 3 22,97³
 3166³ 3 3 3 3 3 3 Ecocardiografie M + 2 D 3 16,79³
 3167³ 3 3 3 3 3 3 Ecocardiografie + Doppler 3 23,61³
 3168³ 3 3 3 3 3 3 Ecocardiografie + Doppler color 3 35,02³
 3169³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie de vase (vene) 3 15,84³
 3170³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie de vase (artere) 3 19,02³
 3171³ 3 3 3 3 3 3 Ecocardiografie 3 16,79³
 3172³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie de organ 3 15,84³
 3173³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie fetala 3 21,81³
 3174³ 3 3 3 3 3 3 Ecografie transfontanerala 3 21,81³
 3175³ 3 3 3 3 3 3 Scintigrafia: osoasa, renala, 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 hepatica, tiroidiana, a cailor 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 biliare, cardiaca 3 285,15³
 3176³ 3 3 3 3 3 3 RMN cranio-cerebral nativ 3 290,75³
 3177³ 3 3 3 3 3 3 RMN regiuni coloana vertebrala 3 3
 3 3 3 3 3 3 3 (cervicala,toracala etc.) nativ 3 290,75³
 3178³ 3 3 3 3 3 3 RMN abdominal nativ 3 290,75³
 3179³ 3 3 3 3 3 3 RMN pelvin nativ 3 290,75³
 3180³ 3 3 3 3 3 3 RMN extremitati nativ/segment 3 290,75³
 3 3 3 3 3 3 3 (genunchi, cot, glezna etc.) 3 3
 3181³ 3 3 3 3 3 3 RMN extrem, nativ/seg, (genunchi, 3 455,52³
 3 3 3 3 3 3 3 (cot, glezna etc.) cu subst. contrast 3 3
 3182³ 3 3 3 3 3 3 RMN umar nativ 3 290,75³
 3 3 3 3 3 3 3 3

3183	3 3 3 3 3	3RMN umar nativ si cu subst.	3	455,52 ³
	3 3 3 3 3 3 3	3contrast	3	
AAA				
3184	3 3 3 3 3	3RMN sani nativ	3	290,75 ³
AAA				
3185	3 3 3 3 3 3 3	3RMN sani nativ si cu subst.	3	455,52 ³
	3 3 3 3 3 3 3	3de contrast	3	
AAA				
3186	3 3 3 3 3 3 3	3RMN cranio-cerebral nativ si	3	
	3 3 3 3 3 3 3	3cu contrast	3	455,52 ³
AAA				
3187	3 3 3 3 3 3 3	3RMN regiuni coloana vertebrala	3	
	3 3 3 3 3 3 3	3(cervicala, toracala etc.) nativ	3	
	3 3 3 3 3 3 3	3si cu substanta de contrast	3	455,52 ³
AAA				
3188	3 3 3 3 3 3 3	3RMN abdominal nativ si cu	3	455,52 ³
	3 3 3 3 3 3 3	3substanta de contrast	3	
AAA				
3189	3 3 3 3 3 3 3	3RMN pelvin nativ si cu	3	455,52 ³
	3 3 3 3 3 3 3	3substanta de contrast	3	
AAA				
3190	3 3 3 3 3 3 3	3Osteodensitometrie DEXA	3	23,30 ³
AAA				
3191	3 3 3 3 3 3 3	3Ergometrie	3	23,30 ³
AAA				
3192	3 3 3 3 3 3 3	3Electrocardiografie continua	3	
	3 3 3 3 3 3 3	3(24 de ore, Holter)	3	45,25 ³
AAA				
3193	3 3 3 3 3 3 3	3Holter TA	3	20,38 ³
AAA				
3194	3 3 3 3 3 3 3	3Ecocardiografie transesofagiana	3	58,10 ³
AAU				

NOTA:

- *1) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.
- *2) Investigatii paraclinice ce pot fi recomandate si de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.
- *3) Se deconteaza numai daca este efectuat de medicul de laborator.
- *4) Se deconteaza numai in cazul in care VDRL sau RPR este pozitiv, fara recomandarea medicului de familie sau specialist, pe raspunderea medicului de laborator.
- *) Un set cuprinde 4-10 teste, la recomandarea medicului oncolog.
- ***) La fiecare determinare a creatininei serice se raporteaza la casele de asigurari de sanatate filtratul glomerular folosindu-se formula Cockcroft-Gault:

$$FG \text{ (ml/min)} = \frac{[140^{\text{TM}} \text{ varsta (ani)}] \times G \text{ (kg)}}{72 \times sCr \text{ (mg/dL)}}$$

unde:

- FG = filtrat glomerular;
 - G = greutate corporala;
 - sCr = concentratia creatininei serice.
- Daca subiectul este femeie, formula de mai sus se inmulteste cu 0,85,
Medicii care recomanda creatinina serica vor inscrie greutatea corporala pe biletul de trimitere.

NOTA 2:

Filmele radiologice si substantele folosite sunt incluse in tarife.

NOTA 3:

Investigiatiile cu substanta de contrast se efectueaza in situatia in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare cu justificarea acestora in recomandarea facuta de catre medicul de specialitate din ambulatoriu care are bolnavul in observatie. Investigatiile cu substanta de contrast pentru cazurile care necesita internarea se recomanda in conditiile de mai sus, solicitandu-se si avizul medicului sef al sectiei in care urmeaza sa fie internat bolnavul.

Indicatia de utilizare a substantei de contrast apartine medicului de specialitate radiologie si imagistica medicala care va confirma utilizarea substantei de contrast prin aplicarea parafei si semnaturii pe fisa de solicitare.

Investigiatiile cu substanta de contrast sunt decontate de casele de asigurari de sanatate si in cazul in care utilizarea substantei de contrast a fost specificata in fisa de solicitare si avizata de medicul de radiologie - imagistica.

Pentru cazul in care se efectueaza o investigatie fara substanta de contrast urmata din necesitate de o investigatie cu substanta de contrast se deconteaza numai tariful investigatiei cu substanta de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialitati medicale clinice care incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice:

- a) Serviciile prevazute la pozitile: 166 - 170 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: cardiologie, medicina interna, neurologie, geriatrie si gerontologie cu competente/atestate de studii - complementare de ecocardiografie

b) Serviciile prevazute la pozitia 172 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: diabet nutritie si boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie cu competente/atestate de studii complementare de ecografie corespunzator specialitatii;

c) Serviciile prevazute la pozitia 171 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatile: cardiologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie, pediatrie cu competente/atestate de studii complementare de ecocardiografie

d) Serviciile prevazute la pozitia 173 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea genetica medicala cu competente/atestate de studii complementare de ecografie corespunzator specialitatii;

e) Serviciile prevazute la pozitia 174 se deconteaza numai pentru medicii din specialitatea pediatrie.

NOTA 5:

Pentru serviciile prevazute la pozitiile: 106, 107, 110, 111, 129, 142, 148, 155, 156, 157, 177, 180, 181, 187 tariful se refera la explorarea unui singur segment anatomic; in cazul explorarii mai multor segmente, se deconteaza tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pachetul de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice pentru persoanele care se asigura facultativ

Investigatiile paraclinice sunt cele cuprinse la pct. 1 si se recomanda numai pentru situatiile in care medicul de familie sau, dupa caz, medicul de specialitate considera necesar a se efectua aceste servicii, pentru: gravide, copii cu varste intre 0 si 18 ani.

CAP.III

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE MEDICINA DENTARA PREVENTIVE SI A TRATAMENTELOR DE MEDICINA DENTARA IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE DE MEDICINA DENTARA

1. Pachetul de servicii medicale de baza de medicina dentara preventive si a tratamentelor de medicija dentara

T

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife	Suma decontata de
lei	CAS		
3.1.3	Consultatie	11,18	100%
3.1.1	Consultatie primara stabilirea diagnosticului (si elaborarea planului de tratament)	14,00	100%
3.1.2	Consultatie secundara, diagnostic si plan de tratament complex	11,18	100%
3.1.3	Model de studiu	11,18	100%
3.2	Terapia cariei simple		
3.2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafata prin obturatie cu amalgam**)	14,00	100%
3.2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafete prin obturatii cu amalgam**)	16,82	100%
3.2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafete prin obturatii cu amalgam**)	19,65	100%
3.2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafata prin obturatie cu material compozit**)	20,48	100%
3.2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafete prin obturatii cu material compozit**)	22,47	100%
3.2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafete prin obturatii cu material compozit**)	23,30	100%
3.2.7	Aplicarea sistemelor de retentie extemporanee	5,64	100%
3.2.8	Aplicarea sistemelor de retentie prefabricate (per stiff)	11,18	100%
3.2.9	Tratamentul hiperesteziei		
3	dentinare/dinte	4,60	100%

*) Se efectueaza o singura consultatie pe an

³ pentru un asigurat ^{3 3 3 3 3}
 3 ^{3**}) Garantie pentru obturatie ^{3 3 3 3 3}
 3 ³este de 2 ani. ^{3 3 3 3 3}
 3.3³Tratamentul afectiunilor pulpare ^{3 3 3 3 3}
 3.3.1³Pansament calmant ^{3 5,64³ 100%³ 100%³}
 3.3.2³Coafaj indirect ^{3 8,36³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.3³Coafaj direct ^{3 19,65³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.4³Pulpectomie vitala cu obturatie canal la ^{3 3 3 3 3}
 3 ³monoradiculari (include anestezia) ^{3 25,18³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.5³Pulpectomie vitala cu obturatie ^{3 3 3 3 3}
 3 ³canal la pluriradiculari (include anestezia) ^{3 28,01³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.6³Amputatie vitala ^{3 19,65³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.7³Pulpectomie devitala cu obturatie canal la ^{3 3 3 3 3}
 3 ³pluriradiculari ^{3 25,18³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.8³Tratamentul gangrenei pulpare cu obturatie ^{3 3 3 3 3}
 3 ³canal la monoradiculari ^{3 28,01³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.9³Tratamentul gangrenei pulpare cu obturatie ^{3 3 3 3 3}
 3 ³canal la pluriradiculari ^{3 33,65³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.10³Dezobturarea canalelor radiculare ^{3 3 3 3 3}
 3 ³. per canal ^{3 9,20³ 100%³ 3 100%³}
 3.3.11³Indepartarea corpilor straini din canale ^{3 14,00³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.3³Tratamentul paradontitelor apicale ^{3 3 3 3 3}
 3.4.1³Tratamentul paradontitei apicale ^{3 3 3 3 3}
 3 ³acute prin drenaj endodontic ^{3 9,20³ 100%³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.2³Tratamentul paradontitei apicale acute prin ^{3 3 3 3 3}
 3 ³drenaj endodontic incizie mucoperiostala + ^{3 3 3 3 3}
 3 ³osteotomie transmaxilara ^{3 20,48³ 100%³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.3³Tratamentul paradontitei apicale cronice + ^{3 3 3 3 3}
 3 ³obturatie canal la monoradiculari ^{3 28,01³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.4³Tratamentul paradontitei apicale cronice + ^{3 3 3 3 3}
 3 ³obturatie canal la pluriradiculari ^{3 35,43³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.5³Obturatie la dintii devitali cu amalgam ^{3 28,01³ 100%³ 3 100%³}
 3.4.6³Obturatie la dintii devitali cu compozite ^{3 28,01³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.3³Tratamentul afectiunilor parodontiului marginal³ ^{3 3 3 3 3}
 3.5.1³Tratamentul abcesului parodontal ^{3 8,36³ 100%³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.2³Echilibrarea ocluzala prin sleuire selectiva³ ^{3 3 3 3 3}
 3 ³sedinta ^{3 11,18³ 100%³ 3 3}
 3.5.3³Contentie provizorie prin ligaturi de sarma ^{3 8,36³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.4³Chiuretaj in camp inchis/dinte ^{3 14,00³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.5³Tratamentul aftei bucale/sedinta ^{3 5,64³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.6³Tratamentul gingivo™stomatitelor/sedinta ^{3 8,36³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.7³Detartraj manual supra si subgingival pe dinte ^{3 5,64³ 100%³ 3 100%³}
 3.5.8³Detartraj mecanic supra si subgingival pe ^{3 3 3 3 3}
 3 ³dinte ^{3 7,42³ 100%³ 3 100%³}
 3.6.3³Tratamente chirurgicale buco-dentare ^{3 3 3 3 3}

6.1 ³ Anestezie locala de contact	3	2,82 ³	100% ³	3	100% ³
6.2 ³ Anestezie cu infiltratie	3	8,36 ³	100% ³	3	100% ³
6.3 ³ Extractie de dinti sau resturi de dinti	3	3	3	3	3
3 ³ monoradiculari (include anestezia)	3	20,48 ³	100% ³	60% ³	100% ³
6.4 ³ Extractie de dinti sau resturi de dinti	3	3	3	3	3
3 ³ pluriradiculari (include anestezia)	3	23,31 ³	100% ³	60% ³	100% ³
6.5 ³ Extractie alveoloplastica (include anestezia)	3	30,83 ³	100% ³	60% ³	100% ³
6.6 ³ Extractie cu alveolotomie (include anestezia)	3	34,49 ³	100% ³	60% ³	100% ³
6.7 ³ Extractie dinti temporari (include anestezia)	3	14,00 ³	100% ³	3	100% ³
6.8 ³ Extractie la hemofilici, diabetici sau	3	3	3	3	3
3 ³ handicapati (include anestezia)	3	36,47 ³	100% ³	60% ³	100% ³
6.9 ³ Chiuretaj alveolar*)	3	4,60 ³	100% ³	3	100% ³
6.10 ³ Extractie dinti paradontotici (include anestezia)	3	16,82 ³	3	60% ³	100% ³
6.11 ³ Tratamentul hemoragiei/alveolitei	3	3	3	3	3
3 ³ postextractionale	3	9,20 ³	100% ³	3	100% ³
6.12 ³ Tratamentul pericoronaritelor cu decapusonare	3	14,00 ³	100% ³	100% ³	100% ³
6.13 ³ Tratamentul de urgenta al plagilor	3	3	3	3	3
3 ³ buco-maxilo TM faciale	3	25,18 ³	100% ³	100% ³	100% ³
6.14 ³ Imobilizarea de urgenta a luxatiilor dentare	3	25,18 ³	100% ³	100% ³	100% ³
6.15 ³ Imobilizarea de urgenta a fracturilor maxilare	3	39,08 ³	100% ³	100% ³	100% ³
6.16 ³ Reducerea luxatiilor temporo-mandibulare	3	14,00 ³	100% ³	100% ³	100% ³
6.17 ³ Control postoperator	3	7,42 ³	100% ³	100% ³	100% ³
3 ³ *) Nu se efectueaza in aceeasi sedinta in care	3	3	3	3	3
3 ³ a fost extras dintele respectiv	3	3	3	3	3
7.3 ³ Tratamente protetice	3	3	3	3	3
7.1 ³ Proteza acrilica partiala cu 1-7 dinti*)	3	451,20 ³	3	40% ³	100% ³
3 ³ 7.2 ³ Proteza acrilica partiala cu peste 7 dinti*)	3	526,50 ³	3	40% ³	100% ³
7.3 ³ Proteza acrilica totala*)	3	601,65 ³	3	40% ³	100% ³
7.4 ³ Reparatie simpla proteza acrilica	3	22,47 ³	3	100% ³	100% ³
7.5 ³ Reparatie + 1 croset (pentru fiecare croset	3	3	3	3	3
3 ³ suplimentar se adauga 30.000 lei)	3	22,47 ³	3	100% ³	100% ³
7.6 ³ Reparatie + 1 dinte (pentru fiecare dinte	3	3	3	3	3
3 ³ suplimentar se adauga 40.000 lei)	3	22,47 ³	3	100% ³	100% ³
7.7 ³ Individualizarea protezelor acrilice/sedinta	3	5,64 ³	3	100% ³	100% ³
7.8 ³ Reconstituire corono-radiculara	3	42,90 ³	100% ³	40% ³	100% ³
7.9 ³ Coroana acrilica	3	48,30 ³	100% ³	40% ³	100% ³
7.10 ³ Coroana metalica	3	60,30 ³	100% ³	40% ³	100% ³
7.11 ³ Element intermediar	3	42,01 ³	100% ³	3	100% ³
3 ³ *) Termenul de inlocuire a unei proteze	3	3	3	3	3
3 ³ monomaxilare este de 5 ani.	3	3	3	3	3
8.3 ³ Tratamente ortodontice	3	3	3	3	3
8.1 ³ Deconditionarea obiceiurilor vicioase	3	3	3	3	3

3	3(sugere a degetului, deglutitie infantila,	3	3	3	3	3			
3	3respiratie orala) prin placuta vestibolo-oral	3	3	3	3	3			
3	3si scut lingual	3167,72	3	100%	3	100%			
AAAAAAA									
3	38.2*Deconditionarea tulburarilor functionale prin	3	3	3	3	3			
3	3aparate ortodontice, inclusiv tratamentul	3	3	3	3	3			
3	3antrenajului invers prin inel/gutiere + barbita	3	3	3	3	3			
3	3si capelina	3250,90	3	100%	3	100%			
AAAAAAA									
3	38.3 3Tratamentul angrenajului invers prin exercitii	3	3	3	3	3			
3	3cu spatula/sedinta	3	9,20	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	38.4*3Aparate si dispozitive utilizate in tratamentul	3	3	3	3	3			
3	3malformatiilor congenitale	3279,64	3	100%	3	100%			
AAAAAAA									
3	38.53Slefuirea in scop ortodontic/dinte	3	8,36	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	38.6*3Reparatie aparat ortodontic	3	22,47	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	38.7 3Mentinatoare de spatiu mobile	3	223,73	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	38.8*3Activarea paratortodontic/sedinta	3	3,76	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	3Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele	3	3	3	3	3			
3	3terapeutice notate (*) tin numai de competenta	3	3	3	3	3			
3	3medicilor de specialitate in ortodontie.	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	39.3Activitati profilactice	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
AAAAAAA									
3	39.13Consultatie in cadrul dispensarizarii	3	3	3	3	3			
3	3(include si:	3	13,06	3	100%	3	40%	3	100%
AAAAAAA									
3	3. educatie pentru sanatate bucodentara	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3. determinarea indicelui de placa bacteriana	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3. determinarea indicilor de inflamatie	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3parodontala	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3. educatia pentru individualizarea tehnicilor	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3de indepartare a placii bacteriene/sedinta)	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	39.23Periaj dentar profesional/sedinta	3	14,00	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.33Clatiri bucale cu solutii fluorurate/sedinta	3	10,87	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.43Fluorizari locale cu solutii/arcada*)	3	9,20	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.53Fluorizari locale cu lacuri/arcada**)	3	13,06	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.63Fluorizari locale cu geluri in	3	3	3	3	3			
AAAAAAA									
3	3conformatoare/arcada**)	3	25,08	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.73Sigilari ale santurilor si fosetelor cu	3	3	3	3	3			
3	3glassionomeri/dinte***)	3	14,00	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.83Sigilari ale santurilor si fosetelor cu	3	3	3	3	3			
3	3materiale compozite/dinte	3	22,47	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.93Educatie pentru deconditionarea obiceiurilor	3	3	3	3	3			
3	3vicioase/sedinta	3	8,36	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.103Exercitii de reeducare functionala/sedinta	3	9,20	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.113Exercitii de miogimnastica/sedinta	3	9,20	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.123Tratament antiinflamator gingival fizioterapie	3	8,36	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									
3	39.133Control oncologic preventiv confirmat	3	28,01	3	100%	3	100%		
AAAAAAA									

ST

Pentru pct. 9 "Activitati profilactice":

*) o procedura decontata la 3 luni

***) o procedura decontata la 6 luni

****) o procedura decontata la 2 ani

Pentru copiii cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicina dentara se acorda trimestrial, iar pentru tinerii in varsta de 18 - 26 de ani, daca sunt elevi, studenti si daca nu realizeaza venituri din munca, se acorda de doua ori pe an.

NOTA 1:

Serviciile de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii de baza pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentisti, cu exceptia celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" mentionate in nota.

NOTA 2:

Codurile pentru serviciile medicale de urgenta de medicina dentara sunt urmatoarele:

3.1, 4.1, 4.2

5.1, 5.6

6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16

7.4, 7.5, 7.6, 8.6

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicina dentara in ambulatoriu de specialitate de medicina dentara

Se acorda de servicii medicale de medicina dentara prevazute la NOTA 2 de la pct. 1.

3. Pachetul de servicii medicale de medicina dentara in ambulatoriu de specialitate pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate, conform legii.

a) se acorda serviciile medicale de urgenta de medicina dentara prevazute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) se acorda serviciile medicale de medicina dentara de la pct. 1, corespunzatoare copiilor cu varste cuprinse intre 0 si 18 ani.

CAP. IV

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE ACORDATE IN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA RECUPERARE - REABILITATE A SANATATII

1. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZA

Lista cuprinzand serviciile medicale de recuperare in ambulatoriu si tarifele acestora

*Nr. ³	Serviciu medical	Tarif ³
3	3Consultatia va cuprinde si bilant articular, bilant muscular, intocmirea planului de recuperare:	3 3
3 1.	3Consultatia initiala	3 14,42 ³
3 2.	3Consultatie de control	3 9,56 ³
3 3.	3Oscilometrie	3 6,37 ³
3 4.	3Infiltratie in structuri ale tesutului moale	3 6,37 ³
3 5.	3Punctie si infiltratie intraarticulara	3 9,61 ³
3 6.	3Kinetoterapie de grup pe afectiuni	3 2,61 ³
3 7.	3Galvanizare	3 3,34 ³
3 8.	3Ionizare	3 3,34 ³
3 9.	3Curenti diadinamici	3 2,93 ³
3 10.	3Trabert	3 2,93 ³
3 11.	3TENS	3 2,72 ³
3 12.	3Curenti interferentiali	3 3,66 ³
3 13.	3Unde scurte	3 3,55 ³
3 14.	3Microunde	3 3,66 ³
3 15.	3Diapuls	3 5,43 ³
3 16.	3Ultrasunet	3 3,34 ³
3 17.	3Sonodynator	3 3,66 ³
3 18.	3Magnetoterapie	3 3,34 ³
3 19.	3Laser-terapie	3 2,72 ³
3 20.	3Solux	3 2,61 ³
3 21.	3Ultraviolete	3 2,61 ³
3	3Stimulari electrice:	3 3

322. 3Curenti cu impulsuri rectangulare	3	3,45 ³
323. 3Curenti cu impulsuri exponentiale	3	3,55 ³
324. 3Contractia izometrica electrica	3	4,28 ³
325. 3Stimulare electrica functionala	3	5,02 ³
326. 3Bai Stanger	3	5,30 ³
327. 3Bai galvanice	3	4,39 ³
328. 3Dus subacval	3	4,91 ³
329. 3Aplicatii cu parafina	3	2,72 ³
330. 3Bai sau pensulatii cu parafina	3	3,34 ³
331. 3Masaj regional	3	3,34 ³
332. 3Masaj segmentar	3	3,34 ³
333. 3Masaj reflex	3	2,72 ³
334. 3Limfmasaj	3	8,67 ³
335. 3Aerosoli individuali	3	4,49 ³
336. 3Pulverizatie camera	3	2,19 ³
337. 3Hidrokinetoterapie individuala generala	3	7,11 ³
338. 3Hidrokinetoterapie partiala	3	4,08 ³
339. 3Kinetoterapie individuala	3	6,48 ³
340. 3Tractiuni vertebrale si articulare	3	4,08 ³
341. 3Manipulari vertebrale	3	5,85 ³
342. 3Manipulari articulatii periferice	3	3,34 ³
343. 3Kinetoterapie cu aparatura speciala covor rulant,	3	3
3	3	3
3	3	2,93 ³
3	3	2,93 ³

ST

NOTA:

Serviciile medicale se acorda pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Serviciile medicale de recuperare care se acorda in ambulatoriu, efectuate in bazele de tratament, se raporteaza in vederea decontarii si se suporta din fondul aferent asistentei medicale de recuperare numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

Serviciile medicale de recuperare prevazute mai sus nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate atunci cand acestea se acorda pentru urmatoarele situatii:

1. obezitate;
2. vergeturi;
3. sindrom tropostatic;
4. gimnastica de intretinere (fitness, body-building).

ANEXA 8

MODALITATILE DE PLATA

in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, paraclinice, de medicina dentara si de recuperare-reabilitare a sanatatii

ART. 1

Plata serviciilor din asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, paraclinice, de medicina dentara si de recuperare-reabilitare a sanatatii se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat in puncte sau in lei.

ART. 2

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza medicilor de specialitate din specialitatile clinice contravaloarea serviciilor medicale prezentate in anexa nr. 7 la ordin, numai daca aceste servicii sunt efectuate in cabinetele medicale ale acestora si interpretate de medicii respectivi, luand in calcul numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si valoarea stabilita pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sanatatii Publice, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii Publice, care presteaza activitati conexe actului medical sau sunt in relatie contractuala cu cabinetele de libera practica pentru servicii conexe actului medical, pot raporta prin

medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective, servicii efectuate de acestia si cuprinse in anexa nr. 7 la ordin, daca sunt considerate indispensabile in stabilirea diagnosticului si a conduitei terapeutice.

ART. 3

(1) Numarul total de puncte raportat pentru consultatiile, serviciile medicale si tratamentele acordate de medicii de specialitate din specialitatile clinice, acupunctura, fitoterapie si homeopatie nu poate depasi numarul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare urmatoarele:

a) pentru specialitati clinice, unui program de lucru de 7 ore/zi, ii corespunde un numar de 28 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 15 minute); pentru specialitatea psihiatrie inclusiv pediatria, neuropsihiatrie infantila unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de 14 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 30 minute)

b) pentru specialitati clinice, punctajul aferent serviciilor medicale si tratamentelor acordate nu poate depasi 150 de puncte in medie pe zi, corespunzator unui program de lucru de 7 ore/zi.

c) pentru specialitati clinice, in vederea asigurarii calitatii serviciilor medicale, in cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate servicii medicale si tratamente corespunzatoare unui punctaj de 150 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi, este mai mic sau egal cu 19 consultatii; pentru specialitatea psihiatrie inclusiv pediatria, neuropsihiatrie infantila se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate servicii medicale si tratamente corespunzatoare unui punctaj de 150 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi, este mai mic sau egal cu 10 consultatii.

d) pentru medicii care lucreaza exclusiv in fitoterapie si homeopatie, unui program de lucru de 7 ore/zi, ii corespunde un numar de 28 de consultatii in medie pe zi (timp mediu/consultatie = 15 minute); in vederea asigurarii calitatii serviciilor medicale, in cadrul unui program de 7 ore/zi/medic care lucreaza exclusiv in acupunctura, se pot acorda si raporta la casa de asigurari de sanatate proceduri corespunzatoare unui punctaj de 150 de puncte in medie pe zi, in conditiile in care numarul de consultatii efectuate si raportate in medie pe zi, este mai mic sau egal cu 19 consultatii.

In situatia in care programul de lucru este mai mare de 35 ore/saptamana, punctajul aferent numarului de consultatii, servicii medicale si tratamente mentionat mai sus creste corespunzator.

Pentru situatiile prevazute la art. 46 alin. (5) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, in care programul de lucru nu poate depasi 17,5 ore/saptamana, punctajul aferent numarului de consultatii, servicii medicale si tratamente mentionat mai sus, scade corespunzator.

In situatia in care adresabilitatea asiguratilor la cabinetul medical depaseste nivelul prevederilor mentionate mai sus se vor intocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultatii, servicii medicale si tratamente contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele sau de cabinetele de libera practica organizate conform legii, prevazute la art. 2 alin. (2), pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, in vederea decontarii de casele de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala, complementar cu activitatea corespunzatoare programului propriu de lucru. Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical nu poate depasi 200 de puncte in medie pe zi, convenite celui care le presteaza, reprezentand consultatii si/sau servicii, dupa caz. La contractele furnizorilor de servicii medicale, incheiate cu casele de asigurari de sanatate, se vor anexa: actele doveditoare privind relatia contractuala dintre furnizorul de servicii medicale si furnizorul de servicii conexe actului medical, din care sa reiasa calitatea de angajat sau de prestator de servicii in cabinetul de practica organizat conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata si modificata prin Legea nr. 598/2001, acte doveditoare care sa contina datele de identitate ale persoanelor care presteaza servicii conexe actului medical, avizul de libera practica, programul de activitate, tipul de servicii conform anexei nr. 7 la ordin.

ART.4

(1) Suma convenita lunar medicilor de specialitate din specialitatile clinice se calculeaza prin inmultirea numarului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, in luna respectiva, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical. Numarul de puncte pentru fiecare serviciu medical este prevazut in anexa nr. 7 la ordin.

(2) Numarul total de puncte realizat in fiecare luna se majoreaza in raport cu:

a) conditiile in care se desfasoara activitatea; majorarea este cu pana la 100% pe baza criteriilor aprobate prin ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vigoare.

Lista cuprinzand cabinetele medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate la care se aplica majorarile de mai sus si procentul de majorare corespunzator se stabilesc anual de catre autoritatile de sanatate publica si se aproba de casele de asigurari de sanatate ca urmare a punerii in aplicare a prevederilor ordinului ministerului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate mai sus mentionat.

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinta a prestatiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestatia medicului primar, numarul total de puncte se majoreaza cu 20%. Aceasta majorare nu se aplica medicilor care lucreaza exclusiv in: acupunctura, fitoterapie si homeopatic si planificare familiala precum si furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numarului total de puncte se face din luna urmatoare lunii in care s-a depus la casa de asigurari de sanatate dovada confirmarii gradului profesional.

(3) Valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical este unica pe tara, este valabila pentru un an si este in valoare de 0,64 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical se regularizeaza trimestrial, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, in functie de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitatile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte si de numarul de puncte realizat in trimestrul respectiv, si reprezinta valoarea definitiva a unui punct pe serviciu medical, unica pe tara pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitiva a unui punct pe serviciu nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata a unui punct pe serviciu.

(5) Fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice se defalcheaza pe trimestre.

ART. 5

(1) Erorile de calcul constatate in cadrul unui trimestru se corecteaaza la sfarsitul trimestrului, odata cu recalcularea drepturilor banesti convenite medicilor de specialitate din specialitatile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate dupa expirarea unui trimestru, in cazul specialitatilor clinice, se corecteaaza pana a sfarsitul anului, astfel: suma corespunzatoare numarului de puncte platit eronat in plus sau in minus fata de cel efectiv realizat, intr-un trimestru anterior, se calculeaza in trimestrul in care s-a constatat eroarea, la valoarea definitiva a punctului, stabilita pentru trimestrul in care s-a produs eroarea, sumele respective afectand fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul in care s-a constatat eroarea si implicit valoarea definitiva a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) In situatia in care dupa incheierea anului financiar precedent se constata erori de calcul aferente acestuia, sumele platite in plus sau in minus se regularizeaza conform legii.

Art. 6

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale paraclinice, de un furnizor de servicii medicale clinice (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice) si de un furnizor de servicii de medicina dentara (prin act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara) cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere:

- a) numarul de investigatii paraclinice estimat a se realiza conform prevederilor din anexa 10;
- b) tarifele negociate;

Numarul de investigatii paraclinice negociat intre furnizorii de investigatii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii) si de servicii de medicina dentara (numai pentru radiografia dentara retroalveolara si panoramica) si casele de asigurari de sanatate se stabileste in limita numarului de investigatii paraclinice necesar pe total judet, determinat de casele de asigurari de sanatate, autoritatile de sanatate publica si de colegiile teritoriale ale medicilor, cu incadrarea in 90% din suma prevazuta cu aceasta destinatie. La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala, casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere criteriile prevazute in anexa nr. 10, respectiv in anexa nr.11 la ordin.

(2) Numarul investigatiilor paraclinice negociat este orientativ, existand obligatia incadrarii in valoarea totala a contractului/actului aditional, defalcata pe trimestre si luni. Pentru situatiile de urgenta ce pot apare in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurari de sanatate analizeaza aceste situatii si cu avizul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la solicitarea acestora, vor incheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act aditional de suplimentare a valorii contractate, utilizand diferenta de 10% din suma prevazuta pentru serviciile medicale paraclinice ce nu a fost contractata, in limita fondului aprobat cu aceasta destinatie.

Pentru serviciile medicale paraclinice programabile, furnizorii intocmesc liste de prioritate.

(3) In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate fata de suma lunara prevazuta in contract/act aditional, casele de asigurari de sanatate vor diminua printr-un act aditional la contract/act aditional valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care in aceeasi luna si-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data semnarii actului aditional si se repartizeaza conform criteriilor care au stat la baza stabilirii valorii initiale de contract.

Prevederile de mai sus se aplica distinct pentru furnizorii de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator si cei de investigatii medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigatii paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate si nu vor incheia subcontracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigatii paraclinice, cu exceptia furnizorilor de servicii conexe actului medical organizati conform Ordonantei de Urgenta a Guvernului nr. 83/2000 aprobata si modificata prin Legea 598/2001.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinatia servicii medicale paraclinice se contracteaza de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor de la data semnarii acestora. Valoarea actului aditional la contractul initial se stabileste avandu-se in vedere criteriile de contractare a sumelor initiale.

(6) In situatii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice analize medicale de laborator, respectiv investigatii medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunara de contract/act aditional in limita a maxim 5% cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii de contract/act aditional a lunii urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru anul respectiv.

ART. 7

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt in relatii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate in anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurari de sanatate sunt cele negociate pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice si nu pot fi mai mari decat tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 7 la ordin.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale clinice ecografii cuprinse in anexa nr. 7 la ordin, in conditiile prevazute la lit. b) din Nota de la cap. I, pct. 1, lit. B din anexa nr. 7, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decat tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in aceeaasi anexa.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialitati medicale clinice incheie acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice si care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de catre alti medici de specialitate, programul de lucru se prelungeste corespunzator.

ART. 8

(1) Biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in trei exemplare. Un exemplar ramane la medicul care a facut trimiterea si doua exemplare sunt inmanate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice. Furnizorul de servicii medicale paraclinice pastreaza un exemplar si depune la casa de asigurari de sanatate celalalt exemplar cu ocazia raportarii lunare a activitatii.

(2) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, in situatia in care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, va anula cu o linie pe cele doua exemplare serviciile paraclinice neefectuate, fara a avea posibilitatea inlocuirii sau a adaugarii altor investigatii paraclinice.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(4) Fiecare casa de asigurari de sanatate isi organizeaza modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigatiile paraclinice, in acest sens stabilindu-si evidente proprii.

ART. 9

Serviciile de inalta performanta (RMN, CT si scintigrafie) se acorda in baza biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si a fiselor de solicitare prevazute in anexa nr. 18 la ordin care se intocmesc in 2 exemplare, din care unul ramane la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta iar celalalt exemplar se transmite lunar de catre acesta la casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract.

ART. 10

Lista serviciilor medicale de medicina dentara preventive si a tratamentelor de medicina dentara, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicina dentara, serviciile medicale de medicina dentara pentru care se incaseaza contributie personala din partea asiguratului si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11

(1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicina dentara se au in vedere:

- a) 90% din suma alocata fiecarei case de asigurari de sanatate pentru servicii de medicina dentara;
- b) numarul de medici de medicina dentara care intra in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilita ca raport intre lit. a) si lit. b) se majoreaza cu 20% iar pentru medicul care nu a obtinut un grad profesional, aceasta suma se diminueaza cu 20%;

d) suma stabilita conform lit. c) se ajusteaza in functie de programul de activitate, avand in vedere volumul serviciilor de medicina dentara contractate;

Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si luni.

(2) Suma orientativa medie/medic specialist/luna la nivel national este de 1.200 lei, corespunzatoare unui program de 7 ore in medie/zi.

(3) Lunar casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara serviciile medicale de medicina dentara furnizate in limita valorii lunare de contract.

In situatii justificate furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, pot efectua servicii medicale peste valoarea lunara de contract in limita a maxim 5% cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii de contract a lunii urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru anul respectiv.

(4) In situatia in care la unii furnizori de servicii medicale de medicina dentara se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate, fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act aditional, la furnizori de servicii medicale de medicina dentara care in luna respectiva si-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul aditional se utilizeaza pentru decontarea serviciilor medicale de medicina dentara acordate de la data semnarii actului aditional.

(5) Pentru incadrarea in suma defalcata lunar cabinetele de medicina dentara pot intocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicina dentara.

(6) Pentru situatiile de urgenta ce pot apare in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate analizeaza aceste situatii si cu avizul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la solicitarea acestora, vor incheia cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara un act aditional de suplimentare a valorii contractate, utilizand diferenta de 10% din suma prevazuta pentru serviciile medicale de medicina dentara ce nu a fost contractata, cu incadrarea in limita fondului aprobat cu aceasta destinatie.

Sumele din actele aditionale se utilizeaza pentru acordarea serviciilor medicale de medicina dentara de la data la care s-au semnat actele aditionale.

ART. 12

In tarifele tratamentelor protetice sunt incluse si cheltuielile aferente activitatilor de tehnica dentara. Plata acestora se face de catre reprezentantul legal al cabinetului de medicina dentara direct catre laboratorul de tehnica dentara autorizat conform legii.

ART. 13

Radiografia retroalveolara si panoramica se deconteaza direct furnizorului de servicii medicale de medicina dentara sau furnizorului de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala, pe baza tarifulor prevazute in anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14

Casele de asigurari de sanatate tin evidenta serviciilor de medicina dentara pe fiecare asigurat.

ART. 15

(1) Unitatile ambulatorii de recuperare - reabilitare din structura unor unitati sanitare sau unitatile ambulatorii in care isi desfasoara activitatea medici angajati intr-o unitate sanitara, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale aprobata cu modificari si completari prin Legea 629/2001, republicata, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor publice centrale din sistemul de aparare, ordine publica, siguranta nationala si autoritate judecatoreasca incheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare in ambulatoriu cu casele de asigurari de sanatate, a caror plata se face prin tarif in lei pe serviciu pentru serviciile medicale de recuperare - reabilitare din pachetul de servicii medicale de baza prevazut in anexa nr. 7 la ordin, in vederea contractarii numarului de servicii medicale de recuperare - reabilitare acordate in cabinetul medical se tine cont de faptul ca numarul acestor servicii nu poate depasi numarul de servicii medicale rezultat potrivit programului de lucru, luandu-se in considerare ca pentru o consultatie medicala este necesara o durata de 15 minute in medie corespunzator unui program de lucru de 7 ore pe zi. Daca programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi numarul de consultatii scade sau creste corespunzator. Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera.

(2) Serviciile medicale de recuperare - reabilitare care se acorda in bazele de tratament se contracteaza si raporteaza in vederea decontarii numai pentru primele 10 zile de tratament (maximum 4 proceduri/zi), dar nu mai mult de 2 cure pe an, dupa care bolnavul plateste integral serviciile medicale.

(3) Tarifele prevazute in anexa nr. 7 la ordin au avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale de recuperare - reabilitare; in situatia in care baza de tratament nu se afla in structura retelei sanitare din subordinea Ministerului Sanatatii Publice sau apartine unor ministere cu retele sanitare proprii, casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza contravaloarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare la nivelul tarifulor din anexa nr. 7, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare functionarii si administrarii unitatilor, respectiv se acorda sumele reprezentand manopera, medicamentele si materialele sanitare.

(4) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinatia de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sanatatii vor fi contractate de casele de asigurari de sanatate prin incheiere de acte aditionale la contractele initiale si vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, reabilitare a sanatatii, acordate asiguratilor de la data semnarii acestora.

(5) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare in ambulatoriu se face prin plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in lei. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale de recuperare - reabilitare a sanatatii.

(6) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale de recuperare - reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(7) Recomandarile pentru tratament de recuperare in statiunile balneoclimatice se face de catre medicii de familie, de catre medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si medicii din spital, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilit de medicul de recuperare - reabilitare.

(8) Recomandarile pentru tratament de recuperare in statiunile balneoclimatice se intocmesc in doua exemplare, astfel incat un exemplar sa fie prezentat de catre asigurat furnizorului de servicii de recuperare TM reabilitare.

(9) Decontarea de catre casele de asigurari de sanatate se face in functie de numarul de servicii medicale de recuperare - reabilitare realizat atat in cabinetele medicale, cat si in bazele de tratament, inmultit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, dupa caz, diminuate conform alin. (3), in limita sumelor contractate.

ART. 16

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate in specialitatea de recuperare - reabilitare a sanatatii care nu se regasesc in anexa nr. 7 la ordin, precum si a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare acordate la cererea asiguratului fara recomandare medicala se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul medical, pentru care se elibereaza chitanta fiscala cu indicarea serviciului prestat.

ART. 17

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicina dentara, de recuperare-reabilitare a sanatatii si paraclinice factureaza caselor de asigurari de sanatate, lunar, si depune la casa de asigurari de sanatate in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare, activitatea realizata conform contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, care se verifica de catre casele de asigurari de sanatate. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectiva.

ART. 18

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate in specialitatile clinice, paraclinice, de medicina dentara si de recuperare-reabilitare a sanatatii care nu se regasesc in anexa nr. 7 la ordin, precum si a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fara recomandare medicala sau fara a indeplini conditiile care ii permit adresare directa) sau in situatia in care asiguratul nu accepta programare pe listele de prioritate se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se elibereaza chitanta fiscala, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 19

(1) In cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 aprobata cu modificari si completari prin Legea 629/2001, republicata, pot fi angajati numai medici si/sau dentisti, precum si alte categorii de personal in conformitate cu dispozitiile legale in vigoare, cu exceptia persoanelor care isi desfasoara activitatea in cabinete organizate conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata si modificata prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentistii angajati nu raporteaza activitatea medicala proprie, activitatea acestora fiind raportata de catre reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatile clinice, de recuperare-reabilitare a sanatatii si de medicina dentara pot prescrie medicamente cu sau fara contributie personala, folosind formularul tip cu stampila cabinetului si parafa medicului angajat. Intreaga activitate a cabinetului se desfasoara respectandu-se contractul incheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru specialitatile clinice, recuperare-reabilitare a sanatatii, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementarilor in vigoare, pot raporta in vederea decontarii numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum si servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 20

Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, aprobata cu modificari si completari prin Legea 629/2001, republicata, contractele de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati si casa de asigurari de sanatate.

ART. 21

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala ambulatorie de specialitate, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA 9

LISTA

cuprinzand afectiunile care, dupa confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic
2. Angina pectorala instabila
3. Purtatorii de proteze valvulare si pace-maker
4. Malformatii congenitale si boli genetice
5. Insuficienta renala cronica sub dializa
6. Insuficienta cardiaca clasa III - IV NYHA
7. Poliartrita reumatoida cu factor reumatoid pozitiv, inclusiv formele sale clinice (sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrita cronica juvenila)
8. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozita, vasculite sistemice)
9. Leucemiile acute (limfoide si nonlimfoide)
10. Leucemia mieloida cronica
11. Leucemia limfatica cronica
12. Aplazia medulara
13. Mielomul multiplu
14. Limfoame non-Hodgkin nodale si extranodale
15. Boala Hodgkin
16. Anemii hemolitice endo- si exoeritrocitare
17. Trombocitemia hemoragica
18. Talasemia majora
19. Histiocitozele
20. Mastocitoza maligna
21. Telangectazia hemoragica ereditara
22. Purpura trombocitopenica idiopatica
23. Trombocitopatii
24. Purpura trombotica trombocitopenica
25. Boala von Willebrand
26. Coagulopatiile ereditare
27. Tumori mamare
28. Tumori maligne

29. Tumori cu potential malign pana la elucidarea diagnosticului
30. Diabet zaharat sub tratament cu insulina si/sau antidiabetice orale
31. Cirozele hepatice decompensate si compensate
32. Boala Wilson
33. Malaria
34. Tuberculoza
35. Mucoviscidoza
36. Boala Addison
37. Diabet insipid
38. Psihoze
39. Miastenia gravis
40. Boala Parkinson
41. Hemofilie
42. Bolnavi cu revascularizare percutanata, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
43. Status posttransplant de organe
44. Afectiuni postoperatorii si ortopedice pana la vindecare
45. Gravide cu risc obstetrical crescut
46. Prematuritatea (in primul an de viata)
47. Malnutritie proteinenergetica (in primii 3 ani de viata)
48. Anemiile carentiale (pana la normalizarea hematologica si biochimica)
49. Rahitismul evolutiv, forma moderata si grava (pana la vindecarea radiologica si biochimica)
50. Astm bronsic in criza
51. Hepatite virale (cronice)
52. Glaucom
53. Alte situatii la recomandarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sanatatii Publice si ale Colegiului Medicilor din Romania, cu avizul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate

NOTA:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fara bilet de trimitere pentru afectiunile de mai sus se face numai in urmatoarele situatii:

1. daca face dovada (printr-o scrisoare medicala) ca a fost luat in evidenta de catre medicul de familie si in intervalul de timp pana la urmatoarea consultatie la medicul specialist, bolnavul nu necesita sa fie monitorizat de catre medicul de familie;
2. pentru bolnavii a caror schema terapeutica trebuie modificata in functie de parametrii de monitorizare.
3. medicul de specialitate trebuie sa informeze medicul de familie prin scrisoare medicala daca au intervenit schimbari in evolutia bolii si in atitudinea terapeutica.

ANEXA 10

CRITERII

privind selectia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale si repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice - analize medicale de laborator - numar stabilit pe total judet de casele de asigurari de sanatate, autoritatile de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, si de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de servicii medicale paraclinice TM laboratoare de analize medicale

Cap. I

Criteria de selectie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale:

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii trebuie sa indeplineasca urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
2. Sa faca dovada posibilitatii de a efectua investigatiile paraclinice - analize medicale de laborator din lista minima de analize medicale cuprinse in grupa/grupele de analize medicale prevazute la lit. b).

a) Lista minima de analize medicale cuprinde:

Hemoleucograma completa
 Examen citologic al frotiului sanguin
 VSH
 Timp Quick, activitate de protrombina
 APTT
 Determinare grup sanguin ABO
 Determinare grup sanguin Rh
 Uree serica
 Acid uric seric
 Creatinina serica
 Calciu ionic seric
 Calciu seric total
 Magneziemie
 Sideremie
 Glicemie
 Colesterol seric total
 Trigliceride serice
 Proteine totale serice
 TGO
 TGP
 Fibrinogenemie
 LDH

Bilirubina totala, directa
VDRL sau RPR
ASLO
Factor reumatoid
Proteina C reactiva
Complement seric
Exudat faringian cu antibiograma
Examen complet de urina (sumar + sediment)
Urocultura cu antibiograma
Determinare glucoza urinara
Determinare proteine urinare

b) Analizele medicale de laborator cuprinse in Anexa nr. 7 la ordin se defalca pe urmatoarele grupe de analize:
I). Hematologie, serologie, biochimie, imunologie (sunt cuprinse analizele medicale din anexa nr. 7 la <<Hematologie>>, <<Biochimie>> si <<Imunologie>>, precum si cele de la pozititiile nr. 77, 80,81)
II). Microbiologie (celelalte pozitii decat cele nominalizate la grupa I)

Nota: pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplica acest criteriu;

Cap. II

Criterii privind repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice analize medicale de laborator TM stabilit pe total judet

La stabilirea numarului de analize medicale de laborator si a sumelor ce se contracteaza cu furnizorii de analize medicale de laborator se au in vedere urmatoarele criterii:

1. criteriul de evaluare;
2. criteriul financiar;
3. criteriul de adresabilitate;
4. criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii;

1. Criteriul de evaluare

Ponderea acestui criteriu este de 40%,

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu. Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacitatii tehnice

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut in punctul de lucru, dupa cum urmeaza:

1. Hematologie:
 - 1.1. Morfologie*):
 - a) analizor pana la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de pana la 5 ani - 9 puncte:
- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;
 - b) analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formula leucocitara completa - 5 DIF) cu pana la 59 teste/ora, cu o vechime de pana la 5 ani - 21 puncte:
- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;
 - c) analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formula leucocitara completa TM 5 DIF) cu cel putin 60 teste/ora - cu o vechime de pana la 5 ani - 24 puncte:
- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului.

*) De mentionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de catre medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie si minimum 5 ani de activitate practica in domeniu.

1.2. Hemostaza: analizor coagulare cu un canal de citire TM cu o vechime de pana la 5 ani - 17 puncte:

- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;
- pentru fiecare canal de citire in plus al aparatului se acorda cate un punct.

1.3. Imunohematologie: 1 punct

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie:

TM identificarea germenilor - 10 puncte;

- efectuarea antibiogramei - 8 puncte.

2.2. Micologie:

- decelarea prezentei miceliilor - 1 punct;

- identificarea miceliilor - 8 puncte;

- efectuarea antifungigramei - 8 puncte.

2.3. Parazitologie:

TM examen parazitologie pe frotiu - 1 punct;

- testare serologica TM 4 puncte.

3. Biochimie: analizor cu pana la 80 probe/ora - cu o vechime de pana la 5 ani - 20 puncte:

- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;

- pentru aparatura cu capacitate mai mare de 80 probe/ora se acorda la fiecare 10 probe/ora cate 3 puncte, proportional cu numarul de probe suplimentare.

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de pana la 5 ani - 17 puncte:

- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de pana la 5 ani - cu o capacitate de pana la 50 probe/ora - 21 puncte:

- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;

- pentru aparatura cu capacitate mai mare de 50 probe/ora se acorda la fiecare 10 probe/ora cate 3 puncte;

c) sisteme speciale TM cu o vechime de pana la 5 ani - cu o capacitate de pana la 50 probe/ora - 24 puncte:

- se scade din punctajul acordat cate doua puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului;

- pentru aparatura cu capacitate mai mare de 50 probe/ora se acorda 10 probe/ora cate 3 puncte, proportional cu numarul de probe suplimentare.

5. Citologie Papanicolau (este obligatoriu sa fie efectuata de medici sau de biologi cu specializare in domeniu) - 5 puncte.
6. Histopatologie - 25 puncte.

B. Evaluarea resurselor umane

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat in fiecare laborator.

Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei angajati cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata:

1. medic primar de specialitate - 6 puncte;
2. medic specialist - 4 puncte;
3. chimisti, biologi principali - 3 puncte;
4. chimisti, biologi specialisti - 2 puncte
5. chimisti, biologi - 1 punct
6. asistenti medicali de laborator - 1 punct.

C. Logistica:

1. puncte externe de recoltare proprii - se puncteaza fiecare punct de recoltare si sistem de transport al probelor autorizate de autoritatile de sanatate - 10 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care au mai multe puncte de recoltare la contractare, situate in aceeasi localitate, punctajul pentru punctele externe de recoltare proprii sau pentru care au incheiat contract cu un cabinet medical din acea localitate, se acorda o singura data pentru punctul de recoltare pentru care opteaza furnizorul de servicii de laborator;

2. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele in maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct;
- eTMmail - 2 puncte;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem de consultare electronica securizata a rezultatelor pe Internet - 4 puncte;

3. software dedicat activitatii de laborator - care sa contina inregistrarea biletelor de trimitere, eliberarea si arhivarea datelor de laborator si raportarea activitatii desfasurate in conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurari de sanatate (se prezinta facilitatile programului, se verifica la sediul furnizorului):

TM operational, cu aparate conectate pentru transmitere de date - 20 puncte;

- operational, fara aparate conectate pentru transmitere de date - 5 puncte;

4. posibilitatea de transmitere on line a raportarilor catre casele de asigurari de sanatate - 2 puncte;

5. web site - care sa contina minimum urmatoarele informatii: adresa, orarul de functionare, serviciile oferite in contractul cu casa de asigurari de sanatate, certificari/acreditari si chestionar de satisfactie a pacientilor - 2 puncte

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participa cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casa de asigurari de sanatate, punctajul pentru web site se acorda o singura data pentru punctul de lucru pentru care opteaza furnizorul de servicii de laborator.

D. Panel analize oferitate:

- se acorda un punct pentru fiecare tip de analiza de hematologie contractata;
- se acorda doua puncte pentru fiecare tip de analiza de microbiologie contractata;
- se acorda un punct pentru fiecare tip de analiza de biochimie contractata;
- se acorda 3 puncte pentru fiecare tip de analiza de imunologie contractata;
- se acorda 3 puncte pentru analiza de citologie Papanicolau contractata;
- se acorda 5 puncte pentru fiecare tip de analiza de histopatologie contractata.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se refera la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator.

Tarifele propuse de catre furnizorii de analize medicale de laborator pentru contractarea serviciilor medicale paraclinice cu casele de asigurari de sanatate nu trebuie sa depaseasca tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 7 la ordin.

Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 reprezinta tariful minim pentru fiecare tip de analiza medicala. Pentru celelalte tarife peste cel minim se acorda un punctaj proportional in functie de primul clasat.

Furnizorii de analize medicale de laborator care prezinta tarife ce depasesc tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate cuprinse in anexa nr. 7 la ordin sunt respinsi de la contractare pentru tipul/tipurile de analize medicale de laborator respective.

3. Criteriul de adresabilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Suma reprezentand 10% din fondul cu destinatia de analize medicale de laborator se repartizeaza pe zone/localitati in functie de numarul de asigurati (CNP) care domiciliaza in zonele/localitatile respective si care au beneficiat in anul precedent de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator. Daca un asigurat s-a adresat de mai multe ori furnizorilor de investigatii medicale paraclinice- Punctajul obtinut de fiecare furnizor pe zone/localitati se stabileste dupa cum urmeaza: se acorda cate un punct pentru fiecare asigurat care a beneficiat de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator din partea furnizorului respectiv in anul 2006 ca urmare a contractului cu casa de asigurari de sanatate. Daca un asigurat s-a adresat de mai multe ori aceluasi furnizor in anul 2006, se acorda cate un punct pentru fiecare adresare.

Furnizorul depune la casa de asigurari de sanatate o declaratie pe propria raspundere din care sa reiasa numarul de asigurati care s-au adresat acestuia ca urmare a contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate. Veridicitatea datelor cuprinse in declaratie se constata prin confruntarea cu evidenta casei de asigurari de sanatate pentru asiguratii care au beneficiat de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii care au participat la contractare cu mai multe puncte de lucru, punctajele se acorda pentru fiecare punct de lucru in parte.

4. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

a) 40 % din suma corespunzatoare acestui criteriu se alocata pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calitatii, in conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025:2001 sau SR EN ISO/CEI 15189" si care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare insotit de anexa care cuprinde lista de analize medicale de laborator certificate, in termen de valabilitate.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel: - se acorda cate un punct pentru fiecare tip de analiza medicala cuprinsa in anexa la certificatul de acreditare si oferita spre contractare, numai pentru punctul de lucru pentru care s-a facut certificarea.

b) 60% din suma corespunzatoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare", scheme de intercomparare laboratoare notificate de Ministerul Sanatatii Publice.

Punctajul obtinut de fiecare furnizor se stabileste astfel:

- se acorda cate un punct pentru fiecare tip de analiza medicala pentru care se face dovada de participare la schemele de intercomparare laboratoare, cu conditia ca aceasta sa se efectueze de cel puțin patru ori pe an.

Pentru furnizorii care indeplinesc atat subcriteriul prevazut la lit. a) cat si subcriteriul prevazut la lit. b) se acorda cumulat punctaj pentru ambele subcriterii.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinatia de analize medicale de laborator se repartizeaza pentru fiecare criteriu in parte, astfel:

a) 40% pentru criteriul de evaluare;

b) 10% pentru criteriul financiar;

c) 10% pentru criteriul de adresabilitate;

d) 40% pentru criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii, din care 40% pentru subcriteriul prevazut la pct. 4 lit. a) si 60% pentru subcriteriul prevazut la pct. 4 lit. b);

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor, cu exceptia numarului total de puncte obtinut de furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator in regim ambulatoriu.

C. Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor prevazute la lit. A la numarul de puncte corespunzator fiecarui criteriu/subcriteriu, numar stabilit conform lit. B.

Pentru criteriul de adresabilitate valoarea unui punct se stabileste pe zone/localitati prin impartirea sumei calculate pentru zona / localitatea respectiva si numarul total de puncte obtinut de furnizorii din zona / localitatea respectiva.

D. Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevazute la lit. A se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor corespunzator fiecarui criteriu/subcriteriu, inclusiv cu numarul de puncte obtinut de furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator in regim ambulatoriu, rezultand sume aferente fiecarui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Pentru criteriul de adresabilitate valoarea unui punct stabilita pe zone/localitati se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor, inclusiv cu numarul de puncte obtinut de furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice TM analize medicale de laborator in regim ambulatoriu, rezultand suma aferenta acestui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea sumelor stabilite conform lit. D. Sumele stabilite conform lit. D, pentru furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator in regim ambulatoriu, se contracteaza si se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti.

F. In situatia in care nici unul dintre furnizori nu indeplineste criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii, suma corespunzatoare aplicarii prevederilor lit. d) de la lit. A se repartizeaza proportional la celelalte criterii prevazute la lit. a), b) si c) de la lit. A.

NOTA:

Pentru furnizorii nou-intrati in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate se acorda un numar de puncte pentru criteriul de adresabilitate egal cu numarul de puncte obtinut pentru acelasi criteriu de furnizorul care are acelasi numar de puncte rezultat in urma aplicarii criteriului de evaluare sau cat mai apropiat de acesta.

ANEXA 11

CRITERII

privind selectia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala si repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala, numar stabilit pe total judet de catre casele de asigurari de sanatate, autoritatile de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, si de colegiile teritoriale ale medicilor, pe furnizori de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala

Cap. I

Criterii de selectie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala:

Pentru a intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii trebuie sa indeplineasca urmatoarele criterii de selectie:

1. Sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare;

2. Sa faca dovada efectuării investigatiilor de radiologie si/sau imagistica medicala din Lista minima de investigatii paraclinice - radiologie si imagistica medicala care cuprinde:

a. Laborator de radiologie si imagistica medicala - investigatii conforme cu certificatul de inregistrare a cabinetului in Registrul unic al cabinetelor medicale.

b. Ecografia generala, ca prestatie independenta: ecografie generala efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice cu competenta - certificat de studii complementare emis de organismele abilitate ale Ministerului Sanatatii Publice.

c. Ecografia de organe ca prestatie independenta efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice in diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestatie independenta: efectuata in cabinete medicale de catre medici de specialitati clinice: cardiologie, medicina interna, neurologie, geriatrie si gerontologie

e. Ecocardiografia efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de cardiologie, medicina interna, geriatrie si gerontologie si pediatrie

f. Ecografia fetala efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de genetica medicala

g. Ecografia transfontanelara efectuata ca prestatie independenta in cabinete medicale de pediatrie

h. Radiografia dentara ca prestatie independenta in cadrul cabinetelor de stomatologie.

Cap. II

Criterii privind repartizarea sumelor si defalcarea numarului de investigatii paraclinice -radiologie si imagistica medicala, stabilit pe total judet

La stabilirea numarului de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala si a sumelor ce se contracteaza cu furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala se au in vedere urmatoarele criterii:

1. criteriul de evaluare;
2. criteriul financiar;
3. criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii;

1. Criteriul de evaluare

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicarii metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala obtine un punctaj corespunzator acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacitatii tehnice

Se acorda punctaj pentru fiecare dispozitiv medical detinut in punctul de lucru, dupa cum urmeaza:

- a) radiologie (scopie-grafie) - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
- b) post independent de radiografie - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:
 - achizitie
 - digitalizat (placi fosforice) 1 punct; sau
 - direct digital 2 puncte;
 - tomografie plana 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct;
 - c) radiografie dentara - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
 - d) aparate de radiologie mobile - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;
 - e) mamografie - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:
 - tipul de achizitie:
 - partial digital 1 punct; sau
 - digital 2 puncte;
 - dimensiunea campului de expunere: 24/30 1 punct;
 - existenta de casete dedicate 1 punct;
 - facilitate de stereotaxie 1 punct;
 - f) ecografia TM se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:
 - mod de lucru:
 - mod Doppler (color, continuu, pulsat) 1 punct; sau
 - mod triplex 0,5 puncte; sau
 - THI (tissue harmonic imaging) 1 punct; sau
 - TM 3 D / 4 D 2 puncte;
 - caracteristici tehnice sistem:
 - monitor color - 15" 1 punct; sau
 - peste 15" 2 puncte;
 - aplicatii software incluse (abdomen, parti moi, obstetrica-ginecologie) 1 punct;
 - stocare imagini DICOM (CD, hard disk) 2 puncte;
 - printeralb-negru /color 1 punct;
 - g) computertomografie - se acorda 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:
 - TM tipul de miscare a tubului:
 - rotatie continua 2 puncte;
 - numarul de sectiuni concomitente:
 - 2-6 slice 1 punct; sau
 - 16-32 slice 3 puncte; sau
 - peste 32 5 puncte;
 - timp de achizitie a imaginii: 2 - 5 secunde 1 punct;
 - accesorii - printer - digital 2 puncte; sau
 - analog 1 punct;
 - injector automat 1 punct;
 - h) imagistica prin rezonanta magnetica - se acorda 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:
 - camp magnetic - 1 T 2 puncte; sau
 - 1,5 T si peste 4 puncte;
 - Antene - Head (Bird cage) 1 punct; sau
 - Neorovascular Coli 1 punct; sau
 - Antena in retea fazata pentru coloana C-T-L 1 punct; sau

- Torsopa 1 punct; sau
- Extremitati 1 punct; sau
- GPFlex (antena de suprafata) 1 punct; sau
- antene de suprafata (3 si 5 Inch) 1 punct; sau
- Body Coil (abdomen si pelvis) 1 punct; sau
- 8 HR BRAIN 1 punct; sau
- San 1 punct;

i) medicina nucleara (Gamma Camera) - se acorda 30 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului. Dupa caz, la punctajul obtinut se adauga:

- cu o camera de citire 2 puncte; sau
- cu doua camere de citire 4 puncte;

j) osteodensitometrie DEXA - se acorda 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de pana la 5 ani, scazandu-se cate doua puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

k) accesorii pentru prelucrarea, transmitia si stocarea imaginilor:

- camera obscura umeda manuala 1 punct; sau
- dezvoltator automat umed 3 puncte; sau
- dezvoltator umed day light 5 puncte; sau
- cititor de placi fosforice 8 puncte; sau
- statie der postprocesare DICOM 10 puncte;
- arhiva filme radiografice 5 puncte;
- arhiva CD 8 puncte;
- arhiva de mare capacitate (PACS) 10 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acorda urmatorul punctaj:

- medici - medic de specialitate radiologie si imagistica medicala: 9 puncte;
- medic primar radiologie si imagistic: 11 puncte
- medic de specialitate medicina nucleara: 9 puncte;
- medic primar medicina nucleara : 11 puncte;
- medic dentist: 5 puncte;
- medic cu competenta Eco: 5 puncte;
- medic cu competenta CT: 5 puncte;
- medic cu competenta RMN: 5 puncte;
- medic cu competenta imagistica sanului: 5 puncte;
- operatori - absolvent colegiu imagistica medicala 5 puncte;
- asistent medical imagistic medicala: 3 puncte;
- bioinginer: 6 puncte;
- fizician: 6 puncte;
- asistenti medicali - de radiologie 4 puncte;
- alte specialitati pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatura medicala 5 puncte.

NOTA: Se acorda punctaj pentru fiecare persoana incadrata cu norma intreaga. Pentru cei incadrati cu contract de munca cu timp partial lucrat se acorda punctaj proportional cu fractiunea de norma.

C. Logistica:

a) distributia rezultatelor investigatiilor la medicul care a recomandat investigatia:

- retea de transmisie imagini interne (RJS) 8 puncte;
- transmisie de imagini in perimetrul limitrof si la distanta (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activitatii medicale, care sa contina inregistrarea biletelor de trimitere, eliberarea si arhivarea datelor specifice si raportarea activitatii desfasurate in conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurari de sanatate (se vor prezenta facilitatile programului si se verifica la sediul furnizorului):

T

- operational cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte; sau
- operational fara aparate conectate pentru transmitere de date 5 puncte;
- c) posibilitatea de transmitere a raportarilor catre casele de asigurari de sanatate on line 2 puncte;
- d) web site - care sa contina minimum urmatoarele informatii: adresa, orarul de functionare, servicii oferite in contractul cu casa de asigurari de sanatate, certificari si chestionar de satisfactie a pacientilor 2 puncte;

ST

Pentru furnizorii de investigatii paraclinice de radiologie-imagistica medicala care participa cu mai multe puncte de lucru la contractare, cu o casa de asigurari de sanatate, punctajul pentru web site se acorda o singura data pentru punctul de lucru, pentru care opteaza furnizorul de servicii de laborator.

D. Panel investigatii oferitate:

- a) se acorda un punct pentru orice tip de radiografie;
- b) se acorda doua puncte pentru orice examen tip radioscopie gastrointestinala si/sau orice tip de ecografie generala;
- c) se acorda 3 puncte pentru orice tip de explorare radiologica cu substanta de contrast si/sau pentru orice ecografie de organ;

d) se acorda 4 puncte pentru orice tip de examen computer tomografic si/sau orice ecografie speciala (inclusiv ecografie fetala);

e) se acorda 5 puncte pentru orice tip de explorare prin RMN;

f) se acorda cate 5 puncte pentru fiecare tip de exploatare de medicina nucleara (scintigrafie);

g) se acorda 3 puncte pentru osteodensitometria DEXA.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se refera la tarifele propuse de furnizorii de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala.

Tarifele propuse de catre furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala pentru contractarea investigatiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala cu casele de asigurari de sanatate nu trebuie sa depaseasca tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 7 la ordin.

Pentru celelalte tarife peste cel minim se acorda un punctaj proportional in functie de primul clasat.

Furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala care prezinta tarife ce depasesc tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate cuprinse in anexa nr. 7 la ordin sunt respinsi de la contractare pentru tipul/tipurile de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala respective.

3. Criteriul privind calitatea

Ponderea acestui criteriu este de 40%.

Implementarea sistemului de management al calitatii, in conformitate cu SR EN ISO 9001:2001 pentru diagnostic imagistic sau cu alt standard adoptat in Romania la momentul aplicarii prezentului ordin, este dovedita de furnizor prin certificatul de conformitate ISO 9001 insotit de o copie de pe manualul calitatii, in care sa fie specificat tipul investigatiilor pentru care s-a acordat.

In situatia in care furnizorul de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala prezinta certificatul de acreditare, acesta primeste 100 de puncte. Furnizorii care nu prezinta certificatul de acreditare nu primesc punctaj la acest criteriu.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinatie de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala se repartizeaza pentru fiecare criteriu in parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare;

b) 10% pentru criteriul financiar;

c) 40% pentru criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii;

B. Pentru fiecare criteriu se stabileste numarul total de puncte obtinut prin insumarea numarului de puncte obtinut de fiecare furnizor, cu exceptia numarului total de puncte obtinut de furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala in regim ambulatoriu,.

C. Se calculeaza valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin impartirea sumei rezultate ca urmare a aplicarii procentelor prevazute la lit. A la numarul total de puncte corespunzator fiecarui criteriu, numar stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obtinuta pentru fiecare dintre cele 3 criterii se inmulteste cu numarul de puncte obtinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, inclusiv cu numarul de puncte obtinut de furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala in regim ambulatoriu, rezultand sume aferente fiecarui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totala contractata de un furnizor cu casa de asigurari de sanatate se obtine prin insumarea celor trei sume stabilite conform lit. D. Sumele corespunzatoare celor trei sume stabilite conform lit. D, pentru furnizorii de servicii medicale spitalicesti care efectueaza investigatii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala in regim ambulatoriu, se contracteaza si se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti.

F. In situatia in care nici unul dintre furnizori nu indeplineste criteriul privind implementarea sistemului de management al calitatii, suma corespunzatoare aplicarii prevederilor lit. c) de la lit. A se repartizeaza proportional la celelalte criterii prevazute la lit. a) si b) de la lit. A.

NOTA:

In functie de necesarul de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala, pe tipuri, aceasta suma poate fi repartizata de casele de asigurari de sanatate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistica medicala astfel:

- radiologie conventionala si ecografie generala,
- imagistica de inalta performanta,
- ecografii contractate prin acte aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice;

Casele de asigurari de sanatate ca urmare a stabilirii numarului necesar de investigatii medicale paraclinice pe total judet de catre comisia constituita de reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate, ai autoritatii de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti, si ai colegiilor teritoriale ale medicilor, va stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala din totalul fondului aprobat cu destinatia de servicii medicale paraclinice.

ANEXA 12

CONTEACT DE FURNIZARE

de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate
din ambulatoriu pentru specialitatile clinice

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul, str. nr. judetul/sectorul, telefon/fax

si

- Cabinetul medical organizat conform <LLNK 11998 124131 301 0 34>Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, aprobata cu modificari si completari prin <LLNK 12001 629 10 201 0 18>Legea nr. 629/2001, republicata:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul titular

- cabinet asociat sau grupat, reprezentat prin medicul delegat

- societate civila medicala reprezentata prin administratorul;

- Unitate medico-sanitara cu personalitate juridica ce se infiinteaza potrivit prevederilor <LLNK 11990 31 11 211 0 17>Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare reprezentata prin
- Unitate sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie reprezentata prin
- Ambulatoriu de specialitate din structura spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti si din reseaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;
- Centru de diagnostic si tratament si centru medical - unitati cu personalitate juridica reprezentat prin
- Ambulatoriu de spital din structura spitalului reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;
- Unitate sanitara fara personalitate juridica din structura spitalului reprezentata prin in calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte cu certificat de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de infiintare sau organizare a unitatii sanitare autorizatie sanitara de functionare nr. .../ raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege nr., avand sediul in municipiul/orasul str. nr., bl, sc. ... et .. ap. ... judetul/sectorul telefon cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod unic de inregistrare, sau cod numeric personal al reprezentantului legal dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila pe toata perioada derularii contractului, dovada de evaluare a furnizorului nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si Normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice acorda asiguratorilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii de baza, in pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigura pentru sanatate facultativ, prevazute in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, in urmatoarele specialitati si competente / atestat de studii complementare:

- a)
- b)
- c)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialitatile clinice se face de catre urmasorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratorilor;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate si raportate, pe baza facturii insotite de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;

i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) sa acorde furnizorilor de servicii medicale sume care sa tina seama si de conditiile de desfasurare a activitatii in zone izolate, in conditii grele si foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit legislatiei;

k) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;

l) sa faca publica valoarea definitiva a punctului, rezultata in urma regularizarii trimestriale, atat prin afisare la sediul caselor de asigurari de sanatate, cat si pe pagina electronica a acestora, incepand cu ziua urmatoare transmiterii acesteia de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

m) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

n) sa incaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum si contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu si fara contributie personala si a dispozitivelor medicale acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pe baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acesti medici.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

1) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare referitoare la diagnostic si tratament;

2) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;

3) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;

4) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi insotita de desfasuratoarele / documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an, conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

5) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;

6) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, atunci cand este cazul, si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet in copie rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor paraclinice medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

7) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;

8) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; pentru asiguratii inclusi in programul national cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati prin actele normative in vigoare;

9) sa respecte programul de lucra pe care sa il afiseze la loc vizibil si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica;

10) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

11) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;

12) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, in concordanta cu diagnosticul;

13) sa recomande investigatii paraclinice in concordanta cu diagnosticul si sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulate cu regim special, unice pe tara;

14) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medico-chirurgicala ori de cate ori se solicita;

15) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;

16) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;

17) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

18) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

19) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale;

20) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat", investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

21) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;

22) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

23) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, in conditiile prevazute in Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadra privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

24) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, cu exceptia cetatenilor statelor membre ale Uniunii Europene - titulari ai cardului european, a urgentelor si afectiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum si a serviciilor de acupunctura, fitoterapie, homeopatic si planificare familiala;

25) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediată direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate, cat si rezultatele investigatiilor medicale paraclinice recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca 7 atunci cand concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala va fi un document tipizat si va contine obligatoriu numarul contractului cu casa de asigurari de sanatate, pentru furnizare de servicii medicale; va putea fi folosita numai de catre medicii unitatilor medicale aflate in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate;

26) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si sa faca recomandari pentru investigatii medicale paraclinice, conform reglementarilor legale in vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului incheiat.

27) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

VI. Modalitati de plata

ART. 8

- (1) Modalitatea de plata in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat in puncte.
- (2) Valoarea minima garantata a unui punct este unica pe tara, este valabila pentru un an si este in valoare de 0,64 lei.

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minima garantata a unui punct, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, la data de.....

La finele fiecărui trimestru, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizarii sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitiva a unui punct. Valoarea definitiva a punctului pe serviciu medical poate suferi influente, dupa caz, si in conditiile prevederilor Legii bugetului de stat pe anul 2007.

(2) Valoarea minima garantata a unui punct se diminueaza in luna in care se constata abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contributie din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice nejustificate, precum si nerespectarea programului de lucru stabilit, pentru fiecare situatie, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20%;

(3) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si fiecare medic de specialitate din componenta cabinetului medical cu care sTMa incheiat contractul:

a) Medic

Nume: Prenume:.....

Grad profesional:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:.....

Grad profesional:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

.....

ART. 10

Numarul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, se majoreaza in functie de:

- a) conditiile in care se desfasoara activitatea, cu%
- b) gradul profesional, cu%

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 12

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

ART. 13

Clauza speciala

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboit revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedea la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

IX. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele de drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate al acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele / documentele justificative privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pe/pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

c) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 pct 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, 24 si 25, a obligatiei prevazute la art. 46 alin. (6) din ContractulTMcadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in sistemul asigurarilor sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 pct. 5, 6, 8, 11, 15, 16, 17 si 20.

e) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 pct. 2, 7, 23 si 27;

f) de la data primei constatare dupa aplicarea de 3 ori a masurii de diminuare a valorii minime garantate a punctului pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente si/sau recomandari nejustificate de investigatii paraclinice, printr-o notificare scrisa de casele de asigurari de sanatate, pentru fiecare situatie, cat si pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 pct. 26.

g) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care a intervenit una dintre situatiile urmatoare:

a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;

f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 16

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 17

(1) Situatiile prevazute la art. 14 si la art. 15 lit. b), c), f), g) se constata de casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 15 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

X. Corespondenta

ART. 18

(1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca, in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract, sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XI. Modificarea contractului

ART. 19

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

ART. 20

Valoarea definitiva a punctului este cea calculata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si nu este element de negociere intre parti.

ART. 21

(1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai mult cu putinta spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare / documentului similar de functionare pe toata durata de valabilitate a contractului.

ART. 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin.....zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XII. Solutionarea litigiilor

ART. 23

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instantelor de judecata.

ART. 24

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi,....., in doua exemplare a cate.....pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

T

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII
MEDICALE

Presedinte - Director general, Rezentant legal,
.....

Director executiv al Directiei
Management si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ST

ACT ADITIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile efectuate de medicii de specialitate din specialitatile clinice - se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 13

CONTRACT BE FURNIZARE

de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din
ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul str. nr.
Judetul/sectorul..... telefon/fax reprezentata prin presedinte - director general

si

Laboratorul de investigatii medicale paraclinice organizat conform Ordonantei Guvernului nr, 124/1998 aprobata cu modificari si completari prin Legea 629/2001, republicata:

- TM laborator individual reprezentat prin medicul titular
- laborator asociat sau grupat reprezentat prin medicul delegat ...;
- societate civila medicala reprezentata prin administratorul

Unitatea medicoTMsanitara cu personalitate juridica ce se infiinteaza potrivit prevederilor <LLNK 11990 31 11 211 0 17>Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare reprezentata prin

Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie reprezentata prin

Ambulatoriul de specialitate din structura spitalului inclusiv ale celor din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti si din reseaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic si tratament / Centrul medical - unitati medicale cu personalitate juridica reprezentat prin; cu certificat de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale nr. actul de infiintare sau organizare a unitatii sanitare autorizatie sanitara de functionare nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, autorizatie de functionare nr. avand sediul in municipiul/orasul str. nr., bl., sc., et., ap., judetul/sectorul telefon cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod unic de inregistrare, sau codul numeric personal al reprezentantului legal dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si Normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice presteaza asiguratilor serviciile medicale cuprinse in pachetul de servicii de baza si in pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigura facultativ pentru sanatate, prevazute in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, in urmatoarele specialitati:

- a).....;
- b).....;
- c).....;
-
-

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice se face de catre urmatoarii medici:

a) Medic

Nume:..... Prenume:.....

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:.....

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume:..... Prenume:.....

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:.....

Program zilnic de activitate

c)

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract;

b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

- c) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- d) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- e) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale paraclinice acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- f) sa informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice in asistenta medicala ambulatorie de specialitate asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- h) sa efectueze controlul serviciilor medicale paraclinice, conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice;
- i) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- j) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice;
- k) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se afla in relatie contractuala numele si codul de parafa al medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

B. Obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate; in conformitate cu <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitor la diagnostic si tratament;
 - b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
 - c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;
 - d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura va fi insotita de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate,
- Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin a presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an, conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;
 - f) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;
 - g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;
 - h) sa respecte programul de lucru pe care saTM afiseze la loc vizibil si saTM comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica;
 - i) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
 - j) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; li se recomanda furnizorilor participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;
 - k) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta ori de cate ori se solicita;
 - l) sa acorde servicii medicale asiguratilor fara nici o discriminare, indiferent de casa de asigurari de sanatate in evidenta careia se afla asiguratul;
 - m) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;
 - n) sa acorde servicii medicale paraclinice asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatia contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice;
 - o) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;
 - p) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;
 - q) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;
 - r) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea si la care este inregistrat asiguratul sau dupa caz, medicului specialist din ambulatoriul de specialitate care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;
 - s) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile;

VI. Modalitati de plata

ART. 8

Modalitatea de plata in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat in lei.

T

Nr. crt.	Serviciu paraclinic	Tarif negociat	Numar de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
.....				
TOTAL		X	X	

ST

*) Numarul negociat de servicii este orientativ, cu obligatia incadrarii in valoarea contractului.

Suma anuala contractata este lei,

din care:

- Suma aferenta trimestrului I lei,

din care:

TM luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferenta trimestrului II lei,

din care:

TM luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferenta trimestrului III lei,

din care:

TM luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferenta trimestrului IV lei,

din care:

TM luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei

ART. 9

(1) Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, la data de

(2) Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se diminueaza pentru luna in care se constata nerespectarea programului de lucru stabilit, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20%.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

Serviciile medicale paraclinice furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare, referitor la diagnostic si tratament;

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 11

Pentru nefindeplinirea obligatiilor contractuale, partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

ART. 12

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 13

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

- a) daca furnizorul de servicii medicale paraclinice nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

- a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;
- b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- c) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 pct. a), c), i), k), n), p), q), r), precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;
- d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 pct e), g), j), l), o) si m);
- e) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 pct. b), f), s);
- f) odata cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori a masurilor prevazute la art. 9 alin. 2);
- g) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale casei de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

ART. 14

Contractul inceteaza cu data la care a intervenit una dintre situatiile urmatoare:

- a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ - teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilateral a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

- a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;
- b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 16

(1) Situatiile prevazute la art. 13, la art. 14 lit. b), c), se constata de casa de asigurari de sanatate, din oticiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 14 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 17

(1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire prin fax sau direct la sediul partilor.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII Modificarea contractului

ART. 18

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice, avandu-se in vedere criteriile de contractare a sumelor initiale.

ART. 19

(1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai cu putinta spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

ART. 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII Solutionarea litigiilor

ART. 21

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instanțelor de judecata.

ART. 22

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV: Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal.

.....

Director executiv al Directiei Management
si Economica

.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 14

CONTRACT BE FURNIZARE de servicii de medicina dentara in
asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru
specialitatea medicina dentara

1. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate, cu sediul in municipiul/orasul str. nr.
judetul/sectorul telefon/fax reprezentata prin presedinte - director general

Si

- Cabinetul medical organizat conform <LLNK 11998 124131 301 0 34>Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 629/2001, republicata:

- cabinet individual, reprezentat prin medicul dentist titular

- cabinet asociat sau grupat reprezentat prin medicul dentist delegat

- societate civila medicala reprezentata prin administrator

- Unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica ce se infiinteaza potrivit prevederilor <LLNK 11990 31 11 211 0 17>Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare reprezentata prin

- Unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retele sanitare proprii reprezentata prin

- Ambulatoriu de specialitate din structura spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti si din reseaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic si tratament si centru medical - unitate cu personalitate juridica reprezentat prin

- Ambulatoriul de spital din structura Spitalului indiferent de sediu, reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte

cu certificat de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale nr. sau actul de infiintare sau organizare a unitatii sanitare autorizatie sanitara de functionare nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege avand sediul in municipiul/orasul, str. nr., bl. sc. et., ap., judetul/sectorul, telefon cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod unic de inregistrare....., sau codul numeric personal al reprezentantului legal dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor, cat si pentru personalul medico-sanitar angajat (valabila pe toata perioada de derulare a contractului)....., dovada de evaluare a furnizorului nr. / /

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor de medicina dentara in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale ie

cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicina dentara acorda asiguratilor serviciile de medicina dentara cuprinse in pachetul de servicii de baza, in pachetul minimal de servicii de medicina dentara si in pachetul de servicii pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate, prevazute in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, in urmatoarele specialitati:

- a)
- b)
- c).....

ART. 3

Furnizarea serviciilor de medicina dentara din ambulatoriu de specialitate pentru specialitatea medicina dentara se face de catre urmasorii medici:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
-
-

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

ART. 6

In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii de medicina dentara, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii de medicina dentara in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii de medicina dentara, la termenele prevazute in prezentul contract, contravaloarea serviciilor de medicina dentara contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat" pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa monitorizeze numarul serviciilor de medicina dentara acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii de medicina dentara asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor, conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii de medicina dentara, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- k) sa deconteze furnizorilor de servicii de medicina dentara cu care au incheiate contracte de furnizare de servicii de medicina dentara, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul
- l) Sa incaseze de la medicii dentisti care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum si contravaloarea serviciilor medicale si a medicamentelor cu si fara contributie personala acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pe baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acesti medici. Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi la intregirea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate.

ART. 7

In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de medicina dentara au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de medicina dentara furnizate in conformitate cu <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitor la diagnostic si tratament;
- b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii de medicina dentara si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii de medicina dentara in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicina dentara; factura va fi insotita de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat

acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de famizare de servicii medicale;

e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala dentara, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;

f) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii atunci cand este cazul si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet in copie rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor paraclinice medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

g) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;

h) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

i) sa respecte programul de lucru pe care saTM afiseze la loc vizibil si sa-l comunice caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica;

j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii de medicina dentara in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

k) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;

l) sa famizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute In Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, in concordanta cu diagnosticul

m) sa nu refuze acordarea serviciilor de medicina dentara in caz de urgenta medico-chirurgicala ori de cate ori se solicita;

n) sa acorde servicii de medicina dentara asiguratilor fara nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate in evidenta careia se afla asiguratul;

o) sa acorde servicii de medicina dentara cu prioritate femeii gravide;

p) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

q) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadra privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

r) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale;

s) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat" investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comuoer internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;

t) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;

u) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

v) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, in conditiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

x) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si sa faca recomandari pentru investigatii medicale paraclinice, conform reglementarilor legale in vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului incheiat.

y) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile de medicina dentara programabile;

z) sa recomande investigatii paraclinice in concordanta cu diagnosticul si sa utilizeze biletele de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulare cu regim special, unice pe tara.

VI. Modalitati de plata

ART. 8

Modalitatea de plata In asistenta medicala dentara din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicina dentara cuantificat in lei.

ART. 9

Decontarea serviciilor de medicina dentara se face pe baza tarifelor acestora si in conditiile prevazute in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadni privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadml sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si in limita sumei contractate si defalcate trimestrial si lunar/cabinet, stabilita conform art. 11 din anexa m. 8 la ordinul mentionat mai sus.

Suma anuala contractata este de lei,

din care:

- Suma aferenta trimestrului I lei,

din care:

-luna I lei

-luna II lei

-luna III lei

TM Suma aferenta trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

™ Suma aferenta trimestrului III lei,
din care:
- luna VII..... lei
- luna VIII..... lei
- luna IX lei
- Suma aferenta trimestrului IV lei,
din care:
- luna X lei
- luna XI..... lei
- luna XII..... lei,
ART. 10

(1) Decontarea serviciilor de medicina dentara se face lunar, in maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, la data de

La finele fiecarei luni suma contractata se regularizeaza conform art. 11 alin, (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului™cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

(2) In cazul in care se inregistreaza abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contributie din partea asiguratului, recomandari de investigatii paraclinice nejustificate sau nerespectarea programului de lucru stabilit, contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii respective se diminueaza dupa cum urmeaza pentru fiecare situatie:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20%.

(3) Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare cabinet medical si fiecare medic dentist din componenta cabinetului medical cu care s-a incheiat contractul:

- a) Medic dentist
Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Codul de parafa al medicului:
Cod numeric personal:
Program zilnic de activitate ore/zi
- b) Medic dentist
Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea:
Codul de parafa al medicului:
Cod numeric personal:
Program zilnic de activitate ore/zi
- c)
.....
.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11

Serviciile de medicina dentara furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, referitor la diagnostic si tratament;

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 12

Pentru neindeplnirea obligatiilor contractuale, partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

IX. Clauza speciala

ART. 13

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo,

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(3) In cazul in care imprejurarile care obliga ia suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de medicina dentara nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de fimctionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

- b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;
- c) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 lit. a), c), j), l), m), q), r), t), u, z), precum si la; constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;
- d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 lit. e), f), h), k), n), o), p), s).
- e) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 lit. b), g), v).
- f) la prima constatare dupa aplicarea de 3 ori a masurii prevazute la art. 10 alin. 2), precum si pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 lit. x).
- g) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale casei de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si documentele justificative ale serviciilor furnizate conform contractelor incheiate.

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ - teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale dentare, dupa caz;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului cu indicarea temeiului legal;
- f) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- g) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania.

ART. 16

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

- a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;
- b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 17

Situatiile prevazute la art. 14 si la art. 15 lit. b), c), f), g) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 15 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate, cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 18

(1) Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

(2) Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de trei zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

ART. 19

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicina dentara, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

ART. 20

(1) Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai cu putinta spiritului contractului.

(2) Daca expira termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reînnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instanelor de judecata,

ART. 23

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....
Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicina dentara in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi,, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Directiei Management
si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii
.....

Vizat
Compartiment juridic si contencios

ACT ADITIONAL
pentru serviciile medicale paraclinice - pentru
radiografia dentara retroalveolara si panoramica efectuate de medicii de
medicina dentara - se intocmeste dupa modelul contractului de furnizare de
servicii paraclinice adaptat

ANEXA 15

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale in asistenta
medicala de specialitate de recuperare-reabilitare a
sanatatii (pentru unitatile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul str. nr.
judetul/sectorul telefon fax reprezentata prin presedinte TM director general

si

- unitatea ambulatorie de recuperare din structura unor unitati sanitare reprezentata prin

- unitati ambulatorii de recuperare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, reprezentata prin

- cabinetul medical de specialitate organizat conform <LLNK 11998 124131 301 0 34>Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, aprobata cu modificari si completari prin Legea nn 629/2001, republicata, reprezentat prin

- societatea de turism balnear si de recuperare, constituita conform <LLNK 11990 31 11 211 0 17>Legii nr. 31/1990 privind societatile comerciale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si care indeplinesc conditiile prevazute de <LLNK 12002 152180 301 0 46>Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatiilor comerciale de turism balnear si de recuperare aprobata prin <LLNK 12003 143 10 201 0 18>Legea nr. 143/2003 reprezentata prin

- ambulatoriu de specialitate din structura spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti si din reseaua Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

- ambulatoriu de spital din structura spitalului reprezentat prin in calitate de reprezentant legal al unitatii sanitare din care face parte;

avand sediul in municipiul/orasul str. nr. judetul/sectorul telefon cu actul de infiintare/organizare sau certificat de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale nr. autorizatie sanitara de functionare nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, dovada de evaluare a furnizorului nr. / cod unic de inregistrare nr. cont nr. deschis la Trezoreria statului sau cont nr. deschis la Banca cod numeric personal al reprezentantului legal dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila pe toata perioada derularii contractului.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii, acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2

Furnizorul acorda tipurile de servicii medicale asiguratilor, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare se face de catre urmasorii medici:

1.;
2.;
3.

ART. 4

Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare in sistemul asigurarilor de sanatate se acorda in baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflati in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul specialist curant de recuperare.

IV. Durata contractului

ART. 5

Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2007.

ART. 6

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor in situatia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

ART. 7

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- 1) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract;
- 2) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- 3) sa verifice prescrierea medicamentelor si recomandarea investigatiilor paraclinice de catre furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- 4) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii contractate, efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- 5) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functiune a sistemului informatic unic integrat se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- 6) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- 7) sa informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- 8) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- 9) sa efectueze controlul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- 10) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- 11) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul
- 12) sa incaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de baza persoanelor care nu indeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum si contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu si fara contributie personala si a dispozitivelor medicale acordate de alti furnizori aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pe baza biletelor de trimitere si/sau prescriptiilor medicale eliberate de catre acesti medici.

ART. 8

Furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii are urmatoarele obligatii:

- 1) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament;
- 2) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, obligatiile furnizorului de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- 3) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- 4) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii; factura va fi insotita de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an, conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii;
- 5) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publice datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala de recuperare-reabilitare a sanatatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;

- 6) sa intocmeasca bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii atunci cand este cazul si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze la bilet in copie rezultatele investigatiilor paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, care completeaza tabloul clinic pentru care se solicita internarea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor paraclinice medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor paraclinice si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;
- 7) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;
- 8) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;
- 9) sa respecte programul de lucru pe care sa il afiseze la loc vizibil si sa il comunice casei de asigurari de sanatate si autoritatii de sanatate publica;
- 10) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- 11) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casa de asigurari de sanatate si de autoritatea de sanatate publica;
- 12) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii, precum si investigatii paraclinice numai ca o consecinta a actului medical propriu. Medicamentele prescrise si investigatiile paraclinice recomandate trebuie sa fie in concordanta cu diagnosticul Pentru recomandarea de investigatii paraclinice trebuie sa utilizeze biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice din sistemul asigurarilor sociale de sanatate care sunt formulare cu regim special, unice pe tara;
- 13) sa acorde servicii medicale de recuperare asiguratilor fara nici o discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;
- 14) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax., e-mail, pagina web;
- 15) sa elibereze acte medicale, in conditiile stabilite in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;
- 16) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale;
- 17) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat" investigatiile medicale paraclinice recomandate in regim ambulatoriu si denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;
- 18) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;
- 19) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;
- 20) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, in conditiile prevazute in norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;
- 21) sa acorde servicii medicale asiguratilor, numai pe baza de bilet de trimitere cu exceptia cetatenilor statelor membre ale Uniunii Europene - titulari ai cardului european;
- 22) sa informeze medicul de familie, prin scrisoarea medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, despre diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate, cat si rezultatele investigatiilor medicale paraclinice recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice, eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, atunci cand concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala va fi un document tipizat si va contine obligatoriu numarul contractului cu casa de asigurari de sanatate, pentru furnizare de servicii medicale; va putea fi folosita numai de catre medicii unitatilor medicale aflate in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate;
- 23) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si sa faca recomandari pentru investigatii medicale paraclinice, conform reglementarilor legale in vigoare pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului incheiat.
- 24) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile;
- 25) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide.

VI. Modalitati de plata

ART. 9

Modalitatea de plata a serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare in sistemul asigurarilor de sanatate este tariful pe serviciu medical prevazut in anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 10

(1) Valoarea contractului rezulta din tabelul de mai jos:

T			
UAAA;			
³ Tipul serviciului ³	³ Numarul de	³ Tariful pe serviciu ³	³ Valoarea ³
³	³ serviciu negociat ³ medical*	³	³
³	³ (orientativ)	³	³
AAAAAA	0	1	2
AAAAAA	3	3 = 1 x 2	3
AAAAAA	3	3	3
AAAAAA	3	3	3
AAAAAA	3	3	3

³ TOTAL ³ X ³ X ³ ³
AAA
ST

*) Tariful pe serviciu medical este cel prevazute in anexa nr. 7 la ordin si a avut in vedere toate cheltuielile aferente serviciului medical de recuperare-reabilitare a sanatatii; in situatia in care baza de tratament nu se afla in structura retelei sanitare din subordinea Ministerului Sanatatii Publice sau apartine unor ministere cu retele sanitare proprii, casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza contravaloarea serviciilor medicale de recuperare la nivelul tarifelor din anexa nr. 7, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare functionarii si administrarii unitatilor, respectiv se acorda sumele reprezentand manopera, medicamentele si materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare a sanatatii acordate in unitati ambulatorii speciale de recuperare in sistemul asigurarii de sanatate este de lei.

ART. 11

(1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati ambulatorii speciale de recuperare in sistemul asigurarii de sanatate se face pe baza numarului serviciilor efectiv realizate si a tarifelor pe serviciu medical, in limita sumelor contractate, pana la data de a lunii urmatoare celei pentru care se face plata.

(2) Suma contractata se defalcheaza pe trimestre si pe luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera.

(3) Contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii se diminueaza in luna in care se constata abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fara contributie din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice nejustificate, precum si nerespectarea programului de lucru stabilit, pentru fiecare situatie, dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 10%;
- b) la a doua constatare cu 15%;
- c) la a treia constatare cu 20%.

ART. 12

Plata serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in unitati sanitare ambulatorii de recuperare in sistemul de asigurari de sanatate se face in contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii

ART. 13

Serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificari si completari, referitoare la diagnostic si tratament.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 14

Pentru nelindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

ART. 15

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar, se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauza speciala

ART. 16

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, mari inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii se reziliaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casa de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

c) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 pct 1, 3, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 21, si 22, a obligatiei prevazute la art. 46 alin. (6) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in sistemul asigurarii sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 18>-H.G. nr. 1842/2006, precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale casei de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;

d) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 pct 5, 6, 8, 11, 13, 14, 17, 25.

e) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 pct, 2, 7, 20 si 24;

f) de la data primei constatari dupa aplicarea de 3 ori a masurii de diminuare a contravalorii serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente si/sau recomandari nejustificate de investigatii paraclinice, pentru fiecare situatie, cat si pentru nerespectarea obligatiei prevazuta la art. 7 pct. 23;

g) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate a actelor de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:
a) furnizorul de servicii medicale de recuperare se muta din raza administrativ- teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal;

f) in cazul in care a survenit decesul reprezentantului legal al cabinetului medical;

g) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 19

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 20

(1) Situatiile prevazute la art. 17 si la art. 18 lit. b), c) si f) se constata de catre casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 18 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

ART. 21

Prezentul contract poate fi reziliat de catre partile contractante datorita neindeplinirii obligatiilor contractuale, sub conditia notificarii intentiei de reziliere cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste rezilierea.

XI. Corespondenta

ART. 22

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare de la momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

ART. 24

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondului aprobat pentru asistenta medicala de recuperare, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

ART. 25

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca expira termenul de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare/documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 26

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj sau, dupa caz, a instanțelor de Judecata.

ART. 27

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de recuperare in ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,

Director executiv al Directiei Management
 si Economica

Director executiv al Directiei Planificare,
 Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii

Vizat
 Compartiment juridic si contencios

ANEXA 16

PACHET BE SERVICII MEDICALE IN ASISTENTA MEDICALA SPITALICEASCA

CAP. 1

Pachet de servicii medicale de baza

A. Servicii medicale spitalicesti pentru patologia care necesita internare in conditiile prevazute la art. 57 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

B. Servicii medicale spitalicesti care nu necesita internarea, prestate in regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc reprezinta totalitatea investigatiilor si procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. In unitatile spitalicesti, tipurile de servicii medicale ce vor fi furnizate in regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. - serviciile medicale de la pct. 2 lit. a) - n);

1.2. - caz rezolvat pentru situatiile care nu necesita spitalizare continua si pentru care serviciile sunt acordate de catre medicii din sectiile de spital in cadrul programului normal de lucru, inclusiv evaluarea bolilor cronice pentru care monitorizarea terapiei se face prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in acest scop; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurari de sanatate cu unitatile spitalicesti.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc de mai jos cu tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate, aferente, ce se pot acorda in unitati sanitare ambulatorii autorizate si avizate, dupa caz, de Ministerul Sanatatii Publice sa efectueze aceste servicii, sunt urmatoarele:

T

Tarif maximal
decontat de casa
de asigurari de sanatate
(lei/serviciu medical)

a) - Hemodializa in insuficienta renala cronica*)	250,00 /sedinta	
b) - Dializa peritoneala**)	24,00 /asigurat/luna	
c) - Radioterapie	46,86	
d) - Chimioterapie*)	46,86	
e) - HIV/SIDA*)	48,84	
f) - Litotritie	257,17	
g) Implant de cristalin***)	239,17	
h) Intrerupere de sarcina cu recomandare medicala	27,95	
i) Servicii medicale de oftalmologie:		
™ evisceratie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicatie, electroresectie	46,93	
j) Servicii medicale ortopedie:		
™ halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursita genunchi, bursita cot, ruptura chist sinovial picior, sectiune tendoane picior, sectiune tendoane mana, amputatie deget mana, chist sinovial picior, sectiune tendoane picior	124,31	
k) Servicii medicale ORL:		
- rezectie septala, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formatiune tumorală, polipectomie nazala	63,91	
l) Servicii medicale flebologie (operatie flebologie)	88,98	
m) Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevazut la pct. B):		
- rahianestezie	327,90	
- anestezie generala inhalatorie	152,76	
- anestezie de contact si infiltratie	44,50	
- anestezie locoregionala de infiltratie	111,10	
- anestezie locala	16,07	
- anestezie generala	443,62	
n) Chirurgie maxilo-faciala/chirurgie orodentara		

Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creasta hemlarcada, tratament hiperostoza tuberozitară; 83,86
 Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasa, extirparea formatiunilor tumorale (osoase - de parti moi), adancirea santului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezectie apicala cu obturatie/fara obturatie, amputatie radiculara, premolarizare, metoda chirurgicala ortodontica (tunelizare) - dinti ectopici, dinti din focarul de fractura, excizia bridelor 55,91
 - operatie cu larabou 184,49
 - corectie fren, infiltratie trigeminala 25,72

ST

*) Tariful nu cuprinde medicamentele si materialele specifice nominalizate prin programul national cu scop curativ si suportate din fondul alocat pentru programul national cu scop curativ. Tariful pentru hemodializa in insuficienta renala cronica cuprinde si transportul asiguratilor dializati in vederea efectuarii dializei de la si la domiciliu, suportat de unitatea sanitara care acorda acest serviciu. Unitatile sanitare, inclusiv spitalele, suporta contravaloarea transportului al asiguratilor dializati de la si la domiciliu din suma contractata cu casa de asigurari de sanatate pentru servicii medicale de hemodializa.

**) Serviciu acordat numai de unitatile nominalizate de Ministerul Sanatatii Publice; Tariful reprezinta monitorizarea lunara a bolnavului si nu cuprinde medicamentele si materialele specifice nominalizate prin programul national cu scop curativ

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

NOTA:

Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare, investigatii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregatirea salii de operatie, precum si cheltuieli indirecte, in conditiile in care se utilizeaza medicamente, materiale sanitare si tehnologii avansate),

3. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de inalta performanta: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de inalta performanta: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se acorda in baza biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si a fiselor de solicitare prezentate in anexa nr. 18, care se intocmesc in 2 exemplare, din care unul ramane la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta, iar celalalt exemplar se transmite lunar de catre acesta la casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract, in urmatoarele conditii:

- afectiuni in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare;

™ urgente medico-chirurgicale, dupa cum urmeaza:

Explorari computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletala, de parti moi si/sau de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale

- coloana vertebrala - torace

- abdomino-pelvine

- fracturi complexe ale extremitatilor

3. hemoragii interne (dupa stabilizarea functiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute si afectiuni ale aortei, in primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficienta respiratorie acuta prin suspiciune de embolie pulmonara

6. urgente abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatita acuta, peritonita, ocluzie intestinala, ischemie mezenterica, anevrism aortic etc)

7. meningo-encefalita acuta

8. stari comatoase

Examenul CT va inlocui examenul RMN la asiguratii cu contraindicatii (prezenta de stimuloare cardiace, valve, corpi straini metalici, sarcina in primele 3 luni)

Explorari prin rezonanta magnetica nucleara (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale ischemice si afectiuni ale aortei, in primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizat CT

3. patologia oncologica indiferent de localizare

4. necroza aseptica de cap femural

5. urgente in patologia demielizanta (nevrita optica; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va inlocui examenul CT la asiguratii cu contraindicatii (insuficienta renala, insuficienta cardiaca severa, sarcina, alergie la substantele de contrast iodate)

Explorari scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, in primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect

CT neconcludent

Explorari angiografice:

- afectiuni vasculare indiferent de localizare

CAP. 2

Pachet minimal de servicii medicale in asistenta medicala spitaliceasca

In situatia in care pacientul nu dovedeste calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa ii externeze daca serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicesti de catre pacient.

Criteriile de stabilire a urgentelor pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor care nu dovedesc calitatea de asigurat sunt:

- urgente medico-chirurgicale sau orice alte situatii in care este pusa in pericol viata pacientului sau au acest potential;
- boli cu potential endemo-epidemic.

CAP. 3

Pachet de servicii medicale spitalicesti pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate

- urgente medico-chirurgicale sau orice alte situatii in care este pusa in pericol viata pacientului sau au acest potential;
- ™ boli cu potential endemo-epidemic pana la rezolvarea completa a cazului

ANEXA 17

CONDITIILE ACORDARII SERVICIILOR MEDICALE IN UNITATI SANITARE CU PATURI SI MODALITATILE DE PLATA ALE ACESTORA

A. SPITALE

ART. 1

Serviciile medicale spitalicesti de care beneficiaza asiguratii sunt: servicii medicale spitalicesti pentru patologii care necesita internare prin spitalizare continua si spitalizare de zi.

ART. 2

Serviciile medicale spitalicesti se acorda sub forma de:

1. servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua - forma de internare prin care se acorda asistenta medicala preventiva, curativa, de recuperare si paliativa pe toata durata necesara rezolvarii complete a cazului respectiv;
2. servicii medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi reprezinta o alternativa la spitalizarea continua pentru pacientii care nu necesita supraveghere medicala mai mare de 12 ore, si pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3

Serviciile medicale spitalicesti ce se pot acorda in regim de spitalizare de zi in unitatile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sanatatii Publice fac obiectul unui act additional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice cu exceptia serviciilor de hemodializa pentru care se incheie contract distinct care se adapteaza la modelul de contract prevazute in anexa nr. 20

Tarifele se negociaza pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale si nu pot fi mai mari decat tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 16 la ordin.

ART. 4

Furnizarea de servicii medicale spitalicesti se acorda in baza contractelor si a actelor aditionale incheiate de spitale cu casele de asigurari de sanatate, avand in vedere urmatorii indicatori specifici spitalelor, dupa caz:

a) indicatori cantitativi:

1. numar personal existent conform structurii spitalelor, avand in vedere numarul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. numar paturi stabilit potrivit structurii spitalelor prin ordin al ministrului sanatatii publice;
3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sanatatii publice;
4. numarul de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;
5. durata optima de spitalizare, conform anexei nr. 19 la ordin sau, dupa caz, durata de spitalizare efectiv realizata;
6. numarul cazuri externate;
7. indice de complexitate a cazurilor;
8. numar de servicii medicale spitalicesti pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii efectuate in regim de spitalizare de zi;
9. numarul si tipul investigatiilor paraclinice estimate a se realiza de catre spitale, in regim ambulatoriu;
10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat;
12. tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat;
13. tarif pe zi de spitalizare;

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicesti acordate in functie de morbiditatea spitalizata, de dotarea spitalului cu aparatura si de incadrarea cu personalul de specialitate;
2. infectii nosocomiale raportate la numarul total de externari;
3. infectie clinic aparenta sau asimptomatica provocata de germeni cunoscuti patogeni, care se manifesta pe perioada spitalizarii la un interval de timp mai mare decat incubatia minima sau la domiciliu la un interval de timp mai mic decat incubatia maxima.

ART. 5

Valoarea totala contractata de spitale cu casele de asigurari de sanatate se constituie din urmatoarele sume, dupa caz:

a) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afectiunile acute, care se stabileste astfel:

numar de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2006 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2007

1. Numar de cazuri externate

La negocierea numarului de cazuri externate pe spital si pe sectie se vor avea in vedere urmatoarele:

- evolutia cazurilor externate in ultimii 5 ani la nivelul spitalului si al judetului;
- cazurile estimate a fi externate pe spital si pe sectie in anul 2007, in functie de numarul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor si de durata optima de spitalizare/durata efectiv realizata.

Pentru sectiile chirurgicale, numarul de cazuri externate obtinut in conditiile prevazute mai sus se poate diminua prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate in functie de gradul de operabilitate realizat in anul 2006 comparativ cu cel optim care este de 70% din numarul total de externari din anul 2006.

Pentru sectiile medicale, numarul de cazuri externate, obtinut in conditiile prevazute mai sus, se poate diminua prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, cu numarul de internari corespunzatoare anului 2006 pentru care nu se justifica internarea.

Numarul de externari diminuat atat pentru sectiile chirurgicale, cat si pentru sectiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate efectuate in regim de spitalizare de zi, cu incadrarea in valoarea de contract.

Numarul anual de cazuri externate negociat se defalcheaza pe trimestre. La stabilirea numarului de cazuri externate contractate pe spital, se tine seama si de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2006 se calculeaza pentru fiecare spital pe baza numarului si a tipurilor de cazuri raportate in perioada ianuarie - noiembrie 2006. Numarul de cazuri ponderate se obtine prin inmultirea numarului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat in anexa nr. 17 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat pentru anul 2007 este prezentat in anexa nr. 17 a) la ordin si se stabileste pentru fiecare spital.

Lista cuprinzand categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel national si limitele superioare si inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupa de diagnostic, precum si definirea termenilor utilizati) sunt prevazute in anexa nr. 17 b) la ordin.

In situatia in care unul din spitalele prevazute in anexa nr. 17 a) la ordin are in structura sectii/compartimente de cronici, recuperare si neonatologie - prematuri si ingrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectueaza conform prevederilor de la lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici si de recuperare, precum si pentru sectiile si compartimentele de cronici, recuperare si neonatologie - prematuri (de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice in structura spitalelor) din alte spitale, care se stabileste astfel:

numar de cazuri externate x durata optima de spitalizare sau, dupa caz, durata efectiv realizata x tariful pe zi de spitalizare

1. Numarul de cazuri externate

Numarul de cazuri externate pe spitale/sectii/compartimente se negociaza in functie de:

- numarul de cazuri externate pe judet, stabilit ca medie a numarului de externari pe ultimii 5 ani pe judet

- cazurile estimate a fi externate pe spital si pe sectie in anul 2007

- gradul de utilizare a paturilor la spitalul/sectia/compartimentul respectiv.

Numarul anual de cazuri externate negociat se defalcheaza pe trimestre. La stabilirea numarului de cazuri externate contractate pe spital/sectie/compartiment se tine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; in acest scop, spitalele vor tine evidenta acestor indicatori.

2. Durata optima de spitalizare stabilita de catre comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii Publice pe sectii, este valabila pentru toate categoriile de spitale si este prevazuta in anexa nr. 19 la ordin. Pentru sectiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internari obligatorii pentru bolnavii psihici prevazuti la art. 105, 113 si 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani) se ia in considerare durata medie de spitalizare efectiv realizata in anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe sectie/compartiment se negociaza pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru sectiile si compartimentele din structura proprie in functie de particularitatile aferente fiecarui tip de spital, cu incadrarea in bugetul stabilit si aprobat al spitalului.

4. Casele de asigurari de sanatate contracteaza servicii medicale paliative in regim de spitalizare continua daca acestea nu pot fi efectuate in conditiile asistentei medicale la domiciliu. Suma aferenta serviciilor medicale paliative se stabileste astfel:

Numar paturi x numar de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat

c) suma pentru serviciile medicale spitalicesti acordate pentru afectiuni acute in spitale, altele decat cele prevazute in anexa nr. 17 a) la ordin, precum si pentru servicii medicale spitalicesti acordate in sectiile si compartimentele de acuti (de sine statatoare aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice in structura spitalelor) din spitalele de cronici si de recuperare, care se stabileste astfel:

numar de cazuri externate x tariful mediu pe caz rezolvat

1. Numar de cazuri externate

La negocierea numarului de cazuri externate pe spital si pe sectie/compartiment se vor avea in vedere urmatoarele:

- evolutia cazurilor externate in ultimii 5 ani la nivelul spitalului si al judetului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital si pe sectie/compartiment in anul 2007, in functie de numarul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor si de durata optima de spitalizare cu incadrarea in sumele aprobate cu aceasta destinatie spitalului.

Pentru sectiile chirurgicale, numarul de cazuri externate obtinut in conditiile prevazute mai sus se poate diminua prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate in functie de gradul de operabilitate realizat in anul 2006 comparativ cu cel optim care este de 70% din numarul total de externari din anul 2006.

Pentru sectiile medicale, numarul de cazuri externate, obtinut in conditiile prevazute mai sus, se poate diminua prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate, cu numarul de internari corespunzatoare anului 2006, pentru care nu se justifica internarea.

Numarul de externari diminuat atat pentru sectiile chirurgicale, cat si pentru sectiile medicale se contracteaza numai ca servicii medicale acordate in regim de spitalizare de zi, cu incadrarea in valoarea de contract.

Numarul anual de cazuri externate negociat si contractat se defalcheaza pe trimestre. La stabilirea numarului de cazuri externate contractate pe spital, se tine seama si de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate avand in vedere si indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2006, cu incadrarea in valoarea de contract.

In situatia in care unul din spitale are in structura sectii/compartimente de cronici, recuperare si neonatologie - prematuri si ingrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectueaza conform prevederilor de la lit. b).

d) suma aferenta programului national cu scop curativ pentru medicamente si materiale sanitare specifice, decontata din fondul alocat pentru programul national cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) suma pentru serviciile de hemodializa, finantate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializa si dializa peritoneala, care face obiectul unui contract distinct; tariful pentru hemodializa in insuficienta renala cronica se negociaza si nu poate fi mai mare decat tariful maximal decontat de casa de asigurari de sanatate prevazut in anexa nr. 16 la ordin;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in: oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, finantata din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti pentru serviciile medicale paraclinice stabilita conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale efectuate in regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical, si care se determina prin inmultirea numarului negociat si contractat de servicii medicale spitalicesti pe tipuri cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociaza intre spitale si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tarifele maximale decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 16 la ordin. Tariful pe caz rezolvat se negociaza intre spitale si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare continua, cu incadrarea in valoarea de contract.

Sumele de la lit. d) si e) sunt prevazute in contracte distincte. Sumele de la lit. f) si g) sunt prevazute distinct in actele aditionale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti.

ART. 6

La contractarea serviciilor medicale spitalicesti casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere 95% din fondurile alocate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate dupa ce s-a dedus suma aferenta serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua in ambulator de catre unitatile sanitare cu paturi.

ART. 7

Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2007 cu destinatia de servicii medicale spitalicesti, inclusiv sumele care nu au fost contractate initial, se contracteaza de catre casele de asigurari de sanatate prin acte aditionale la contractele initiale pentru anul 2007. Casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere repartizarea fondurilor suplimentare indicatorii specifici fiecarei unitati sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii initiale de contract/actelor aditionale, precum si nivelul de realizare a indicatorilor specifici in limita celor contractati in perioada de la inceputul anului si pana la sfarsitul lunii anterioare celei in care se semneaza actul aditional.

ART. 8

Sumele pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare de zi de unitatile sanitare ambulatorii autorizate si avizate, dupa caz, de Ministerul Sanatatii Publice, sa efectueze aceste servicii se determina prin inmultirea numarului de servicii medicale spitalicesti cu tarifele negociate aferente acestora, care nu pot fi mai mari decat tarifele maximale decontate de casele de asigurari de sanatate prevazute in anexa nr. 16.

ART. 9

(1) Decontarea de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face dupa cum urmeaza:

a) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in spitalele a caror plata se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunara si regularizarea trimestriala se realizeaza, astfel:

1. decontarea lunara in limita sumei contractate se face in functie de:

- numarul de cazuri externate si raportate de catre spital, din care se scad cazurile nevalidate in luna anterioara (validarea si invalidarea cazurilor externate raportate se face de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar si de catre casele de asigurari de sanatate, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate);

- indicele de case-mix prevazut in anexa nr. 17 a) la prezentul ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2007;

2. Regularizarea trimestriala se face in functie de:

- numarul total de cazuri externate, raportate si validate, pentru perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv;

- indicele de case-mix realizat in perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2007;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durata de spitalizare). Acest coeficient se calculeaza trimestrial de Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate si validate pentru perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul a coeficientului k este prevazuta in anexa nr. 17 b) la ordin.

In situatia in care numarul de cazuri ponderate realizat, corespunzator patologiei care necesita internare in regim de spitalizare continua, este mai mic decat cel contractat, iar numarul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate in regim de spitalizare de zi a crescut, numarul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate in regim de spitalizare de zi ce depaseste numarul de cazuri ponderate contractat se deconteaza la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu incadrarea in valoarea de contract.

In situatia in care atat numarul de cazuri ponderate realizat, corespunzator patologiei care necesita internare in regim de spitalizare continua, cat si cel corespunzator cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mici decat numarul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate in regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

In situatia in care atat numarul de cazuri ponderate realizat, corespunzator patologiei care necesita internare in regim de spitalizare continua, cat si cel corespunzator cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi sunt mai mari decat numarul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate in regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depasire de maximum 5% atat a numarului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezinta 50% din tariful pe caz ponderat, cat si a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate in regim de spitalizare de zi. Casele de asigurari de sanatate pot accepta la decontare aceste depasiri daca spitalul/sectiile a/au luat decizia de crestere a numarului de internari, dupa epuizarea posibilitatii de inscriere pe listele de asteptare a cazurilor programabile, si daca aceasta crestere se regaseste ca economii inregistrate la sumele care se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti la alte spitale/sectii din judetul respectiv, cu incadrarea in fondurile alocate asistentei medicale spitalicesti la nivelul caselor de asigurari de sanatate respective.

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe baza de tarif pe zi de spitalizare se deconteaza in functie de numarul de cazuri externate realizat in limita numarului de cazuri contractat, validate de Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar si casele de asigurari de sanatate conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, de durata optima de spitalizare sau, dupa caz, durata efectiv realizata si tariful pe zi de spitalizare negociat.

In cazul spitalelor/sectiilor de psihiatrie cronici cu internari obligatorii pentru bolnavii psihici incadrati la art. 105, 113 si 114 din Codul penal si internarile dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), recuperare pediatrica TM distrofici si TBC, serviciile medicale spitalicesti se deconteaza lunar de catre casele de asigurari de sanatate in functie de numarul de zile de spitalizare efectiv realizat in luna pentru care se face decontarea si de tarifele pe zi de spitalizare negociate. Pentru TBC si recuperare pediatrica -

distroficii numărului de zile de spitalizare efectiv realizat se decontează în limita numărului de externări contractate și a duratei optime de spitalizare.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în funcție de numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată și tariful pe zi de spitalizare, ținându-se seama de cazurile contractate.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/sectiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/sectii din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe baza de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății Publice și prevăzută în anexa nr. 19 la ordin; în situația în care durata medie de spitalizare realizată de spitale/sectii este mai mare sau mai mică decât cea optimă, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale spitalicești la valoarea prevăzută pentru durata optimă; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/sectiilor de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

În situația în care suma aferentă depășirii duratei optime de spitalizare pe o secție nu este compensată de suma corespunzătoare reducerii duratei optime de spitalizare la celelalte secții, casele de asigurări de sănătate pot deconta diferența ce nu a fost compensată dacă depășirea este justificată și se încadrează în fondul alocat asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate respective.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractate, de durata efectiv realizată și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi.

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuti (de sine statatoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar și casele de asigurări de sănătate conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

- tariful mediu pe caz rezolvat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă;

2. Regularizarea trimestrială se face în funcție de numărul de externări realizat și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv și tariful mediu pe caz rezolvat negociat, ținând cont și de numărul de externări contractat.

În situația în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate /servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât și a cazurilor rezolvate /serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/sectiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/sectii din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

d) suma aferentă programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de hemodializă, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializă și dializă peritoneală, care face obiectul unui contract distinct; tariful pentru hemodializă în insuficiența renală cronică se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la ordin,

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/pe serviciu medical și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri cu tariful negociat aferent acestora. Tariful pe serviciu medical spitalicesc se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă, cu încadrarea în valoarea de contract.

(2) Spitalele vor acoperi cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu detine dotarea necesară. Spitalele vor deconta investigațiile paraclinice la tarifele maxime prevăzute în cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la ordin.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din sectiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la art. 57 alin. (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 30% din cazurile externate din aceste sectii.

ART. 10

(1) Serviciile de hemodializa in insuficienta renala cronica, acordate in unitati sanitare cu paturi, respectiv in unitati sanitare ambulatorii autorizate si avizate, dupa caz, de Ministerul Sanatatii Publice sa efectueze aceste servicii, se contracteaza de casele de asigurari de sanatate cu unitatile sanitare sus-mentionate si se deconteaza din fondul aprobat cu destinatia servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala.

(2) Suma pentru materialele sanitare specifice serviciilor de hemodializa in insuficienta renala cronica si dializa peritoneala se contracteaza si se deconteaza din fondul aprobat cu destinatia servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala.

(3) Pentru serviciile de hemodializa si dializa peritoneala casele de asigurari de sanatate tin evidente distincte.

ART. 11

Spitalele suporta din bugetul de venituri si cheltuieli suma aferenta serviciilor hoteliere standard (cazare standard si masa la nivelul alocatiei de hrana) pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav.

ART. 12

(1) Serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acorda pe baza de recomandare medicala asiguratilor numai in urmatoarele conditii:

- urgente medico-chirurgicale majore nominalizate in anexa nr. 16 la ordin;
- afectiuni in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare.

Investigatiile mentionate mai sus se efectueaza pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice si a fiselor de solicitare potrivit modelelor prevazute in anexa nr. 18 la ordin, care se intocmesc in 2 exemplare, din care unul ramane la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de inalta performanta iar celalalt exemplar se transmite lunar de catre acesta la casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract. La fisa de solicitare se ataseaza, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigatii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplica atat pacientilor internati, cat si asiguratilor carora li se recomanda aceste servicii medicale in regim ambulatoriu. Pentru pacientii internati nu se aplica prevederea prin care se solicita bilet de trimitere pentru serviciile medicale de inalta performanta mentionate la alin. (1).

ART. 13

Spitalele care au in structura proprie dispensare medicale fara medic suporta din bugetul de venituri si cheltuieli suma aferenta functionarii acestora. Personalul mediu sanitar din aceste dispensare acorda primele ingrijiri in caz de boala sau accident, in cadrul unui program de lucru intocmit de spitalul in structura caruia se afla dispensarul medical.

ART. 14

Spitalele suporta din bugetul de venituri si cheltuieli suma aferenta transportului interspitalicesc pentru asiguratii internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice.

ART. 15

Medicii care isi desfasoara activitatea in spital au obligatia ca la externarea asiguratului sa transmita medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, dupa caz, prin scrisoare medicala, evaluarea starii de sanatate a asiguratului la momentul externarii si indicatiile de tratament si supraveghere terapeutica pentru urmatoarea perioada (determinata conform diagnosticului).

ART. 16

(1) Suma anuala prevazuta in bugetul de venituri si cheltuieli si, respectiv, suma prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casele de asigurari de sanatate se defalcheaza de catre spitale pe trimestre si luni, cu acordul autoritatilor de sanatate publica sau al ministerului, in functie de subordonare, si al caselor de asigurari de sanatate.

(2) In primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, in baza facturii si a documentelor insotitoare, cu incadrarea in sumele negociate si contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare.

(3) Pentru incadrarea in sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate, spitalele vor intocmi liste de asteptare pentru cazurile programabile, cu exceptia cazurilor de urgenta medico-chirurgicala.

(4) Spitalele vor raporta autoritatilor de sanatate publica sau ministerului, in functie de subordonare, si caselor de asigurari de sanatate, pana la data de 5 a lunii curente pentru luna precedenta, executia bugetului de venituri si cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor cantitativi si calitativi comparativ cu cei contractati.

(5) Trimestrial, pana la data de 5 a lunii urmatoare expirarii unui trimestru, spitalele vor raporta autoritatilor de sanatate publica sau ministerelor, in functie de subordonare, si caselor de asigurari de sanatate executia bugetului de venituri si cheltuieli, respectiv realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati in vederea regularizarii trimestriale. Regularizarea si decontarea trimestriala se fac in primele 25 de zile ale lunii urmatoare trimestrului incheiat.

ART. 17

Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre medicii ce-si desfasoara activitatea in aceste unitati. Modelul de conventie este cel prevazut in anexa nr. 37.

ART. 18

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate in spitale se semneaza din partea spitalelor de catre Comitetul Director care raspunde, in conditiile legii, de realitatea si exactitatea datelor prezentate atat cu ocazia negocierii contractelor, cat si cu ocazia raportarii datelor in cursul executiei.

ART. 19

Refuzul semnarii contractului cu casa de asigurari de sanatate de catre unitatea furnizoare de servicii medicale spitalicesci va fi adus la cunostinta Ministerului Sanatatii Publice sau celorlalte ministere, in functie de subordonare, si Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, care vor analiza situatia si vor lua masurile ce se impun pentru solutionarea divergentelor.

ART. 20

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu medicii de specialitate din unitatile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala spitaliceasca, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili, impreuna cu medicii de specialitate din unitatile sanitare cu

paturi, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

B. SERVICII MEDICALE DE HEMODIALIZA

ART. 21

(1) Serviciile medicale de hemodializa se asigura de catre furnizori autorizati si evaluati conform legii.

(2) Modalitatea de plata a serviciilor de hemodializa este tarif pe serviciu medical.

Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul dializatorilor de la/la domiciliul asiguratului, cu exceptia cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alte judete decat cel de domiciliu al copilului, de la si la domiciliu.

(3) Serviciile medicale de hemodializa se suporta din fondul alocat cu aceasta destinatie.

(4) Pentru serviciile medicale de hemodializa acordate de furnizorii autorizati si evaluati conform legii se incheie contracte distincte cu casele de asigurari de sanatate.

(5) Monitorizarea bolnavului cu dializa peritoneala se contracteaza ca si serviciu medical in regim de spitalizare de zi si se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti.

ANEXA 17a

INDICELE DE COMPLEXITATE A CAZURILOR SI TARIFELE PE CAZ PONDERAT

T

Nr. crt.	Cod CNAS	Denumire spital	ICM 2006*) caz ponderat 2007 (lei)	Tarif pe
1	AB01	SPITALUL JUDETEAN ALBA IULIA	0,7598	1.222
2	AB03	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	0,7506	1.076
3	AB04	SPITALUL MUNICIPAL ABRUD	0,5790	1.186
4	AB05	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	0,8234	1.140
5	AB06	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	0,5892	1.036
6	AB07	SPITALUL ORASENESC OCNA MURES	0,6180	1.134
7	AB08	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	0,7003	1.119
8	AB09	SPITALUL ORASENESC CUGIR	0,5991	1.066
9	AB10	SPITALUL ORASENESC ZLATNA	0,6376	1.254
10	AG01	SPITALUL JUDETEAN ARGES	0,7786	1.230
11	AG02	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	0,5778	1.251
12	AG05	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG	0,6577	1.046
13	AG06	SPITALUL ORASENESC CAROL I COSTESTI	0,6316	1.222
14	AG07	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES	0,6867	1.114
15	AG08	SPITALUL ORASENESC SF. SPIRIDON MIOVENI	0,6449	1.033
16	AG12	SPITALUL DR. TEJA PAPA HAGI DOMNESTI	0,5829	929
17	AR01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	0,8577	1.255
18	AR02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL ARAD	0,8602	1.222
19	AR03	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE DR. SALVATOR VUIA ARAD	0,5746	1.222
20	AR05	SPITALUL ORASENESC INEU	0,5864	1.222
21	AR12	SPITALUL ORASENESC GURAHONT	0,5763	1.303
22	B_01	SPITALUL CLINIC "SFANTA MARIA" BUCURESTI	0,8416	1.449
23	B_02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA FLOREASCA	1,1459	1.826
		SPITALUL CLINIC DE URGENTE SI CHIRURGIE		

90	BV12	SPITALUL ORASENESC RUPEA	0,5467	940
91	BZ01	SPITALUL JUDETEAN BUZAU	0,7134	1.222
92	BZ02	SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT	0,7007	1.093
93	BZ04	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	0,6635	1.144
94	CJ01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN CLUJ-NAPOCA	0,8866	1.346
95	CJ02	SPITALUL CLINIC DE ADULTI CLUJ-NAPOCA	0,8400	1.222
96	CJ03	SPITALUL CLINIC DE COPII CLUJ-NAPOCA	0,6896	1.232
97	CJ05	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	0,8222	1.304
98	CJ07	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL CLUJ-NAPOCA	0,8409	1.242
99	CJ08	INSTITUTUL ONCOLOGIC "I. CHIRICUTA CLUJ-NAPOCA	1,0665	1.323
100	CJ09	INSTITUTUL INIMII "DR. N. STANCIOIU" CLUJ-NAPOCA	1,4339	1.714
101	CJ10	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	0,6620	1.088
102	CJ11	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	0,7379	1.186
103	CJ12	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	0,6919	924
104	CJ13	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	0,6458	1.222
105	CJ14	SPITALUL MUNICIPAL CAMPIA TURZII	0,7131	1.164
106	CJ21	INSTITUTUL DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	0,9106	1.594
107	CL01	SPITALUL JUDETEAN CALARASI	0,6706	1.222
108	CL02	SPITALUL ORASENESC OLTENITA	0,5823	1.179
109	CL03	SPITALUL ORASENESC LEHLIU-GARA	0,6146	1.206
110	CL04	SPITALUL ORASENESC BUDESTI	0,5107	1.222
111	CS01	SPITALUL JUDETEAN RESITA	0,7521	1.222
112	CS02	SPITALUL MUNICIPAL CARANSEBES	0,6678	1.222
113	CS03	SPITALUL ORASENESC ORAVITA	0,6046	910
114	CS05	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA-NOUA	0,5281	889
115	CS06	SPITALUL ORASENESC ANINA	0,5118	1.119
116	CS07	SPITALUL ORASENESC OTELU ROSU	0,6231	1.131
117	CT01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA	0,8312	1.222
118	CT04	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	0,6220	1.192
119	CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	0,4821	1.251
120	CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	0,6390	1.326
121	CT07	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	0,6536	1.179
122	CT14	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	0,7637	1.220
123	CV01	SPITALUL JUDETEAN SF. GHEORGHE	0,8421	1.222
124	CV02	SPITALUL ORASENESC COVASNA	0,5639	1.222
125	CV03	SPITALUL MUNICIPAL TG. SECUIESC	0,6724	972

126	CV04	SPITALUL ORASENESC BARAOLT	0,5783	1.222
127	DB01	SPITALUL JUDETEAN TARGOVISTE	0,7424	1.222
128	DB02	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	0,7547	1.141
129	DB03	SPITALUL ORASENESC GAESTI	0,7708	1.222
130	DB04	SPITALUL ORASENESC MORENI	0,6780	1.041
131	DB05	SPITALUL ORASENESC TITU	0,6849	943
132	DB11	SPITALUL MUNICIPAL MANASTIREA DEALU	0,7835	1.018
133	DJ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CRAIOVA NR. 1	0,8290	1.267
134	DJ02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL FILANTROPIA CRAIOVA NR. 2	0,7094	1.269
135	DJ03	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOLOGIE "VICTOR BABES" CRAIOVA NR. 3	0,6649	1.479
136	DJ06	SPITALUL MUNICIPAL BAILESTI	0,6273	912
137	DJ05	SPITALUL ORASENESC FILIASI	0,6095	1.253
138	DJ06	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	0,5914	1.142
139	DJ07	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	0,6487	1.046
140	DJ21	CENTRUL DE CARDIOLOGIE CRAIOVA	0,9228	1.714
141	GJ01	SPITALUL JUDETEAN TARGU JIU	0,6565	1.183
142	GJ02	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	0,5996	1.164
143	GJ03	SPITALUL ORASENESC TARGU-CARBUNESTI	0,7030	1.222
144	GJ04	SPITALUL ORASENESC ROVINARI	0,6035	1.222
145	GJ05	SPITALUL ORASENESC NOVACI	0,5596	1.222
146	GJ06	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	0,5791	1.068
147	GJ11	SPITALUL ORASENESC TURCENI	0,5214	927
148	GL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. APOSTOL ANDREI" GALATI	0,8296	1.144
149	GL02	SPITALUL PENTRU COPII "SF. IOAN" GALATI	0,6924	1.222
150	GL04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "BUNA VESTIRE" GALATI	0,5176	1.142
151	GL06	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE SF. CUVIOASA PARASCHEVA" GALATI	0,8702	995
152	GL07	SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CIUNCU" TECUCI	0,7038	979
153	GL08	SPITALUL ORASENESC TG. BUJOR	0,6392	932
154	GR01	SPITALUL JUDETEAN GIURGIU	0,6578	1.222
155	GR05	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN VALE	0,5821	1.045
156	HD01	SPITALUL JUDETEAN DEVA	0,8663	1.393
157	HD02	SPITALUL MUNICIPAL "A. SIMIONESCU" HUNEDOARA	0,8591	1.434
158	HD03	SPITALUL DE URGENTA PETROSANI	0,7375	1.479
159	HD05	SPITALUL ORASENESC LUPENI	0,6944	1.222
160	HD06	SPITALUL ORASENESC VULCAN	0,7028	1.222
161	HD07	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	0,6309	1.222

AA
162 HD08 SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE 0,7221 1.222
AA
163 HD09 SPITALUL ORASENESC HATEG 0,7213 1.412
AA
164 HR01 SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA-CIUC 0,7881 1.222
AA
165 HR02 SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIU SECUIESC 0,7973 968
AA
166 HR03 SPITALUL ORASENESC GHEORGHIEI 0,6648 1.149
AA
167 HR04 SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA 0,7007 982
AA
168 IF01 SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "DR.
MARIA BURGHELE" BUFTEA 0,5396 1.252
AA
169 IF06 SPITALUL JUDETEAN ILFOV 0,7159 1.222
AA
170 IL01 SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA 0,7268 1.222
AA
171 IL02 SPITALUL MUNICIPAL URZICENI 0,5603 1.071
AA
172 IL03 SPITALUL MUNICIPAL FETESTI 0,5950 999
AA
173 IL04 SPITALUL ORASENESC TANDAREI 0,5446 1.040
AA
174 IS01 SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA
"SF. SPIRIDON" IASI 1,0980 1.222
AA
175 IS02 SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII
SF. MARIA IASI 0,7965 1.286
AA
176 IS03 CENTRUL DE CARDIOLOGIE IASI 1,5498 1.714
AA
177 IS04 SPITALUL CLINIC DR. C. I. PARHON IASI 1,0253 1.996
AA
178 IS05 SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE
"CUZA-VODA" IASI 0,5111 1.296
AA
179 IS06 SPITALUL CLINIC OBSTETRICA-GINECOLOGIE
"ELENA DOAMNA" IASI 0,6227 1.222
AA
180 IS09 SPITALUL CLINIC DE BOLII INFECTIOASE
SF. PARASCHEVA" IASI 0,6905 1.222
AA
181 IS10 SPITALUL CLINIC DE URGENTA IASI 1,1469 1.543
AA
182 IS11 SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. TREIME
IASI 1,0304 1.199
AA
183 IS11 SPITALUL ORASENESC HARLAU 0,5690 1.041
AA
184 IS14 SPITALUL MUNICIPAL PASCANI 0,7147 1.222
AA
185 IS15 SPITALUL ORASENESC TARGU-FRUMOS 0,6212 712
AA
186 IS22 INSTITUTUL DE GASTROENTEROLOGIE SI
HEPATOLOGIE IASI 1,0774 1.222
AA
187 MH01 SPITALUL JUDETEAN DROBETA TURNU
SEVERIN 0,7177 1.222
AA
188 MH02 SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA 0,6018 1.222
AA
189 MH03 SPITALUL ORASENESC STREHAIA 0,5337 1.082
AA
190 MH04 SPITALUL ORASENESC VANJU MARE 0,5442 940
AA
191 MH05 SPITALUL ORASENESC BAI A DE ARAMA 0,5681 1.222
AA
192 MM01 SPITALUL JUDETEAN BAI A MARE j 0,8007 1.222
AA
193 MM02 SPITALUL DE BOLII INFECTIOASE DERMATO-
VENEROLOGIE SI PSIHIATRICE BAI A MARE 0,8707 1.120
AA
194 MM04 SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI 0,7036 1.222
AA
195 MM07 SPITALUL DE RECUPERARE BORSA 0,6902 1.222

196	MM08	SPITALUL ORASENESC TARGU LAPUS	0,6452	897
197	MM09	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	0,6314	1.222
198	MS01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA MURES	0,9088	1.401
199	MS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	1,6110	1.714
200	MS04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	0,7699	1.222
201	MS05	SPITALUL ORASENESC LUDUS	0,6869	1.209
202	MS06	SPITALUL MUNICIPAL "DR. EUGEN NICOARA" REGHIN	0,7929	1.062
203	MS07	SPITALUL MUNICIPAL "DR.GHEORGHE MARINESCU" TARNAVENI	0,8355	1.214
204	NT01	SPITALUL JUDETEAN PIATRA NEAMT	0,8066	1.222
205	NT02	SPITALUL MUNICIPAL ROMAN	0,6954	1.032
206	NT03	SPITALUL ORASENESC BICAZ	0,6050	1.202
207	NT04	SPITALUL ORASENESC TARGU-NEAMT	0,6879	1.166
208	OT01	SPITALUL JUDETEAN SLATINA	0,7127	1.201
209	OT02	SPITALUL ORASENESC BALS	0,6370	1.103
210	OT03	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	0,7739	955
211	OT04	SPITALUL ORASENESC CORABIA	0,6123	1.209
212	PH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	0,7917	1.222
213	PH04	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE PLOIESTI	0,5182	1.314
214	PH05	SPITALUL ORASENESC AZUGA	0,6932	1.274
215	PH06	SPITALUL ORASENESC BAICOI	0,5494	1.196
216	PH07	SPITALUL MUNICIPAL CAMPINA	0,5995	1.222
217	PH08	SPITALUL ORASENESC SINAI	0,6195	1.146
218	PH09	SPITALUL ORASENESC MIZIL	0,5613	1.101
219	PH12	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	0,5286	1.386
220	PH20	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE PLOIESTI	0,6135	1.222
221	PH98	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	0,7744	1.222
222	PH99	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	0,5420	1.283
223	SB01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU	0,8132	1.420
224	SB04	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	0,7409	943
225	SB05	SPITALUL ORASENESC AGNITA	0,5968	885
226	SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	0,5776	981
227	SB08	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	0,7557	1.339
228	SJ01	SPITALUL JUDETEAN ZALAU	0,8271	1.215
229	SJ02	SPITALUL ORASENESC SIMLEU SILVANIEI	0,5954	1.172
230	SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU	0,5986	1.220
231	SJ04	SPITALUL ORASENESC CEHU SILVANIEI	0,5240	1.111

232	SM01	SPITALUL JUDETEAN SATU MARE	0,7407	1.222
233	SM04	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	0,6111	1.053
234	SM05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI OAS	0,6063	1.222
235	SM06	SPITALUL ORASENESC TASNAD	0,5165	1.186
236	SV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. IOAN CEL NOU" SUCEAVA	0,9064	1.153
237	SV02	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG MOLDOVENESC	0,6650	1.110
238	SV03	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	0,6115	1.055
239	SV04	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	0,5532	1.069
240	SV05	SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI	0,6682	959
241	SV06	SPITALUL ORASENESC SIRET	0,5543	1.027
242	SV07	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	0,6281	1.086
243	TL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	0,6494	1.222
244	TL02	SPITALUL ORASENESC BABADAG	0,5146	1.222
245	TL03	SPITALUL ORASENESC MACIN	0,5540	1.211
246	TM01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN TIMISOARA	0,9094	1.392
247	TM02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL TIMISOARA	0,9225	1.222
248	TM03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "DR. LOUIS TURCANU" TIMISOARA	0,9013	1.358
249	TM04	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOPTIZIOLOGIE "DR. V. BABES" TIMISOARA	0,7454	1.688
250	TM05	SPITALUL CLINIC OBSTETRICA GINECOLOGIE "DR.D POPESCU" TIMISOARA	0,5236	1.298
251	TM06	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	1,3969	1.714
252	TM07	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	0,6173	1.222
253	TM09	SPITALUL ORASENESC DETA	0,5064	1.222
254	TM10	SPITALUL "DR. KARL DIEL" JIMBOLIA	0,5753	1.222
255	TM11	SPITALUL ORASENESC SANICOLAUL MARE	0,5706	1.222
256	TM12	SPITALUL ORASENESC FAGET	0,5322	1.196
257	TR01	SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA	0,6881	1.222
258	TR02	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	0,6034	1.124
259	TR03	SPITALUL MUNICIPAL "CARITAS" ROSIORII DE VEDE	0,6177	1.103
260	TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	0,5935	1.222
261	VL01	SPITALUL JUDETEAN VALCEA	0,7531	1.222
262	VL02	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE RM. VALCEA	0,5237	1.223
263	VL03	SPITALUL MUNICIPAL DRAGASANI	0,6569	1.018
264	VL04	SPITALUL ORASENESC HOREZU	0,5273	1.154
265	VL05	SPITALUL ORASENESC BREZOI	0,5522	1.222
266	VL10	SPITALUL ORASENESC BALCESTI	0,5055	1.222

267	VN01	SPITALUL JUDETEAN FOCSANI	0,6959	1.326
268	VN02	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	0,6549	925
269	VN03	SPITALUL ORASENSC ODOBESTI	0,5988	1.222
270	VN04	SPITALUL ORASENSC PANCIU	0,5552	1.118
271	VN05	SPITALUL ORASENSC MARASESTI	0,5727	972
272	VS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	0,7707	1.159
273	VS02	SPITALUL MUNICIPAL DE ADULTI BARLAD	0,8089	1.076
274	VS03	SPITALUL DE COPII "SF. NICOLAE" BARLAD	0,6325	947
275	VS04	SPITALUL MUNICIPAL HUSI	0,6904	1.031
276	VS05	SPITALUL ORASENSC NEGRESTI	0,5206	1.201

ST

*) Indicele de case-mix (ICM) a fost calculat pe baza datelor raportate de spitale in primele 11 luni din anul 2006

ANEXA 17b

Lista categoriilor majore de diagnostice,
tipurile de cazuri (grupele de diagnostice) si valorile relative
T

Categoria majora de diagnostice (CMD)	Descrierea Categoriei Majore de Diagnostice (CMD)
1	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	Boli si tulburari ale ochiului
3	Boli si tulburari ale urechii, nasului gurii si gatului
4	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	Boli si tulburari ale aparatului digestiv
7	Boli si tulburari ale sistemului hepato-biliar si ale pancreasului
8	Boli si tulburari ale sistemului musculoscheletal si tesutului conjunctiv
9	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	Boli si tulburari ale glandelor endocrine, boli de nutritie si metabolism
11	Boli si tulburari ale aparatului urinar (rinichi, tract urinar)
12	Boli si tulburari ale aparatului reproductiv masculin
13	Boli si tulburari ale aparatului reproductiv feminin
14	Sarcina, nastere si lauzie
15	Nou nascut sanatos si bolnav (perioada perinatala)
16	Boli ale sangelui, boli si disfunctii ale organelor hematopoetice, boli imunologice
17	Boli si tulburari mieloproliferative, neoplasme slab diferentiate
18	Boli infectioase si parazitare, sistemice sau cu localizare nespecificata

19 Boli si tulburari mentale
 20 Alcoolism /utilizarea drogurilor si tulburari mentale organice induse de utilizarea alcoolului/drogurilor
 21 Leziuni, otraviri si efecte toxice ale drogurilor
 22 Arsuri
 23 Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
 24 Traumatism multiplu semnificativ
 25 Infectii cu virusul imunodeficientei umane
 ST

T
Font 9

Grupa de diag- nos- tic (CMD)	Catego- ria de jora- nos- tic (M/C)	Descrierea grupelor de diag- nos- tic	Valoa- re re- rela- tiva	infe- DMS a DS	supe- rioara	Limita	Limita
-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------	----------------	--------------	--------	--------

1	1	C	Craniotomie pentru traumatism	3,0165	16,1	4	55
---	---	---	-------------------------------	--------	------	---	----

2	1	C	Craniotomie pentru traumatism >17 ani	3,4127	11,6	3	41
---	---	---	---------------------------------------	--------	------	---	----

3	1	C	Craniotomie, varsta 0-17 ani	2,4674	14,8	3	52
---	---	---	------------------------------	--------	------	---	----

4	1	C	Proceduri pe coloana vertebrala	1,7782	13,7	4	37
---	---	---	---------------------------------	--------	------	---	----

5	1	C	Proceduri vasculare extracraniene	1,0674	9,9	2	37
---	---	---	-----------------------------------	--------	-----	---	----

6	1	C	"Eliberarea" canalului carpian	0,6373	4,4	1	15
---	---	---	--------------------------------	--------	-----	---	----

7	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos cu complicatii si comorbiditati	2,0845	11,9	1	55
---	---	---	---	--------	------	---	----

8	1	C	Proceduri la nivelul nervilor periferici sau cranieni sau alte proceduri pe sistemul nervos fara complicatii si comorbiditati	0,9996	7,9	1	33
---	---	---	---	--------	-----	---	----

9	1	M	Tulburari si leziuni ale maduvei spinarii	0,9011	7,6	2	26
---	---	---	---	--------	-----	---	----

			Neoplasme ale sistemului nervos cu				
--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--

10	1	M	complicatii si comorbiditati	1,0637	6,7	1	29
AAAAAA							
11	1	M	Neoplasme ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati	0,6961	5,6	1	23
AAAAAA							
12	1	M	Boli degenerative ale sistemului nervos	0,9989	8,1	2	29
AAAAAA							
13	1	M	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa	0,7904	7,3	2	25
AAAAAA							
14	1	M	Boli cerebrovasculare specifice cu exceptia atacului ischemic tranzitor	1,0779	9,9	2	38
AAAAAA							
15	1	M	Atac ischemic tranzitor si ocluzii precerebrale	0,6051	7,7	2	22
AAAAAA							
16	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice cu complicatii si comorbiditati	1,0696	7,8	3	22
AAAAAA							
17	1	M	Boli cerebrovasculare nespecifice fara complicatii si comorbiditati	0,6339	6,8	2	22
AAAAAA							
18	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici cu complicatii si comorbiditati	0,8592	7,7	3	19
AAAAAA							
19	1	M	Boli ale nervilor cranieni si periferici fara complicatii si comorbiditati	0,6034	7,2	2	22
AAAAAA							
20	1	M	Infectiile sistemului nervos cu exceptia meningitei virale	2,0717	10,5	2	46
AAAAAA							
21	1	M	Meningita virala	0,6626	8,8	2	31
AAAAAA							
22	1	M	Encefalopatia hipertensiva	0,9116	6,6	3	16
AAAAAA							
23	1	M	Coma si stupoarea netraumatica	0,7015	4,5	1	17
AAAAAA							
24	1	M	Convulsii si cefalee, varsta>17 ani cu complicatii si comorbiditati	0,7720	6,3	2	20
AAAAAA							
25	1	M	Convulsii si cefalee, varsta>17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,5879	5,3	1	19
AAAAAA							
26	1	M	Convulsii si cefalee, varsta 0-17ani	0,5383	5,0	2	15

27	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata>1 ora	nu este	1,1446	cazul			
28	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani cu complicatii si comorbiditati		1,1068	6,5	1	27	
29	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, varsta >17 ani fara complicatii si comorbiditati		0,5477	4,5	1	16	
30	1	M	Stupoare traumatica si coma, coma durata<1 ora, 0-17 ani		0,4611	3,7	1	11	
31	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati		0,6500	4,1	1	15	
32	1	M	Comotie cerebrala, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati		0,3729	3,2	1	10	
33	1	M	Comotie cerebrala, varsta 0-17 ani		0,2885	2,6	1	8	
34	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos cu complicatii si comorbiditati		0,9366	7,3	2	25	
35	1	M	Alte tulburari ale sistemului nervos fara complicatii si comorbiditati		0,6376	6,0	1	21	
36	2	C	Interventii pe retina	nu este	0,8288	cazul			
37	2	C	Interventii pe orbita		1,0853	6,8	2	21	
38	2	C	Interventii primare pe iris		0,3222	6,8	2	24	
39	2	C	Interventii pe cristalin cu sau fara vitrectomie		0,6226	6,6	2	20	
40	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta >17 ani		0,8752	4,7	1	14	
41	2	C	Proceduri extraoculare cu exceptia orbitei varsta 0-17 ani		0,6202	3,4	1	9	
			Proceduri intraoculare cu exceptia						

42	2	C	retinei, irisului si cristalinului	0,5688	5,5	2	16
43	2	M	Hifema	0,3288	4,7	2	13
44	2	M	Infectiile acute majore ale ochiului	0,4175	6,5	2	19
45	2	M	Tulburari neurologice ale ochiului	0,6210	5,8	2	18
46	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani si comorbiditati	0,7218	6,1	2	20
47	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3939	4,7	1	15
48	2	M	Alte boli ale ochiului, varsta 0-17 ani	0,4735	5,2	2	15
49	3	C	Interventii majore la nivelul capului si gatului	1,9348	15,0	3	51
50	3	C	Sialoadenectomia	0,8096	9,8	3	25
51	3	C	Interventii pe glanda salivara cu exceptia sialoadenectomiei	0,8518	7,0	2	22
52	3	C	Buza de iepure si reparatia valului palatin	0,5696	9,5	3	25
53	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta >17 ani	1,4910	8,6	2	25
54	3	C	Interventii pe sinus si mastoida varsta 0-17 ani	1,1459	10,5	2	41
55	3	C	Interventii diverse pe ureche, nas, gura si gat	0,9720	6,0	2	17
56	3	C	Rinoplastia	0,9947	6,3	2	17
57	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta >17 ani	0,4845	5,3	2	13
58	3	C	Interventii pe tonsile si adenoizi, cu exceptia tonsilectomiei si/sau doar adenoidectomiei, varsta 0-17 ani	0,5830	2,9	1	8

59	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta >17 ani	0,6257	3,8	1	11
60	3	C	Tonsilectomie si/sau doar adenoidectomie, varsta 0-17 ani	0,4336	2,6	1	7
61	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta >17ani	1,0407	5,6	2	17
62	3	C	Miringotomie cu insertia tubara, varsta 0-17 ani	0,5662	3,7	1	9
63	3	C	Alte proceduri chirurgicale pe ureche, nas, gura si gat	1,4843	6,3	2	20
64	3	M	Tumorile maligne ale urechii, nasului, gurii si gatului	1,2467	8,4	1	31
65	3	M	Tulburari de echilibru	0,4524	6,4	2	18
66	3	M	Epistaxis	0,5267	5,2	2	13
67	3	M	Epiglotita	0,7256	5,9	2	14
68	3	M	Infectii resp. sup. si otita medie varsta>17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5081	6,7	2	17
69	3	M	Infectii nesp. sup. si otita medie varsta>17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3403	6,1	2	16
70	3	M	Infectii resp. sup. si otita medie varsta 0-17 ani	0,3544	5,2	2	13
71	3	M	Laringotraheita	0,2955	5,5	2	14
72	3	M	Traumatisme si deformari nazale	0,5458	4,3	1	13
73	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta > 17ani	0,5571	6,1	2	18
74	3	M	Alte diagnostice ale urechii, nasului, gurii si gatului, varsta 0- 17 ani	0,5228	4,8	2	13

75	4	C	Interventii majore la nivelul toracelui	2,5035	16,8	3	62
76	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator cu complicatii si comorbiditati	2,2287	10,0	2	30
77	4	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul respirator fara complicatii si comorbiditati	0,9628	8,0	2	24
78	4	M	Embolia pulmonara	1,0597	9,9	2	38
79	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	1,3100	9,2	3	28
80	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii >17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,7350	7,7	2	26
81	4	M	Infectii si inflamatii respiratorii, 0-17 ani	1,5598	7,3	2	19
82	4	M	Neoplasme aparat respirator	1,1370	6,0	1	22
83	4	M	Traumatisme majore ale toracelui cu complicatii si comorbiditati	0,6845	7,1	2	22
84	4	M	Traumatisme majore ale toracelui fara complicatii si comorbiditati	0,4318	5,4	2	15
85	4	M	Transudat pleural cu complicatii si comorbiditati	0,9791	9,6	2	32
86	4	M	Transudat pleural fara complicatii si comorbiditati	0,6298	8,2	2	29
87	4	M	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,9906	7,3	2	19
88	4	M	Boala pulmonara cronica obstructiva	0,6955	7,7	3	18
89	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8111	8,7	3	22

90	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4709	7,6	3	18
91	4	M	Pneumonia simpla si pleurezia, 0-17 ani	0,4489	6,9	3	16
92	4	M	Boala interstitiala pulmonara cu complicatii si comorbiditati	0,9188	7,0	3	16
93	4	M	Boala interstitiala pulmonara fara complicatii si comorbiditati	0,7238	6,2	3	14
94	4	M	Pneumotorax cu complicatii si comorbiditati	0,8763	8,5	2	28
95	4	M	Pneumotorax fara complicatii si comorbiditati	0,4653	6,7	2	19
96	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5789	7,3	3	18
97	4	M	Bronsita si astm, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4188	6,5	2	17
98	4	M	Bronsita si astm, 0-17 ani	0,4079	5,8	2	15
99	4	M	Semne si simptome respiratorii, cu complicatii si comorbiditati	0,5816	7,0	2	25
100	4	M	Semne si simptome respiratorii, fara complicatii si comorbiditati	0,4267	4,3	1	13
101	4	M	Semne boli ale aparatului respirator cu complicatii si comobiditati	0,7080	6,9	2	24
102	4	M	Alte boli ale aparatului respirator fara complicatii si comorbiditati	0,3963	5,4	2	16
103	5	C	Transplant cardiac nu este	0,0000			cazul
104	5	C	Proceduri pe valve cardiace si alte proceduri majore chirurgicale cu cateterism cardiac	6,4053	24,8	10	55
105	5	C	Proceduri pe valvele cardiace si alte proceduri majore chiairgicale fara cateterism cardiac	4,9033	19,8	5	57

106	5	C Bypass coronarian cu angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP)	5,0750	nu este cazul			
107	5	C Bypass coronarian cu cateterism cardiac	3,3862	20,6	8	48	
108	5	C Alte proceduri cardiotoracice	3,9737	17,4	4	55	
109	5	C Bypass coronarian fara cateterism cardiac	2,8277	18,3	7	43	
110	5	C Alte proceduri majore cardiovasculare cu complicatii si comorbiditati	3,4164	16,4	3	68	
111	5	C Alte proceduri majore cardiovasculare fara complicatii si comorbiditati	2,1724	17,3	5	50	
112	5	C Proceduri cardiovasculare percutanate	1,2797	5,4	2	17	
113	5	C Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator cu exceptia celor de la membrul superior si a halucelui	2,4517	21,1	5	65	
114	5	C Amputatie pentru tulburari ale sistemului circulator la nivelul membrului superior si a halucelui	1,3461	17,5	4	57	
115	5	C Implantarea permanenta a pacemaker-ului cardiac cu infarct miocardic, insuficienta sau soc cardiac, sau proceduri de implant interesand sonde sau generatori de cardioversie - defibrilare atriala	3,3348	7,2	2	20	
116	5	C Alte implantari pemnanente de pacemaker cardiac sau angioplastie coronariana transluminala percutanata (ACTP) cu implantare de stent arterial coronarian	1,6728	5,9	2	18	
117	5	C Control pacemaker cardiac cu exceptia inlocuirii acestuia	1,0456	6,6	2	21	
118	5	C Inlocuirea pacemaker-ului cardiac	1,7005	nu este cazul			
119	5	C Ligatura venelor si stripping	1,0580	7,2	2	22	
120	5	C Alte proceduri chirurgicale pentru sistemul circulator	2,0357	8,9	2	31	

121	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, cu complicatii majore, externat in viata	1,2584	9,9	3	30
122	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut, fara complicatii majore, externat in viata	0,8318	9,4	3	29
123	5	M	Tulburari circulatorii cu infarct miocardic acut decedat	1,6044	3,4	1	14
124	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac si diagnostic complex	0,9709	6,1	2	19
125	5	M	Tulburari circulatorii cu exceptia infarct miocardic acut cu cateterism cardiac fara diagnostic complex	0,7185	5,0	1	15
126	5	M	Endocardita acuta si subacuta	1,6687	18,4	2	99
127	5	M	Insuficienta cardiaca si socul	0,8219	7,4	3	19
128	5	M	Tromboflebita venoasa profunda	0,6753	8,7	3	22
129	5	M	Stop cardiac, neexplicat	0,9334	6,2	1	30
130	5	M	Tulburari vasculare periferice cu complicatii si comorbiditati	0,7910	8,7	2	27
131	5	M	Tulburari vasculare periferice fara complicatii si comorbiditati	0,4986	8,5	2	26
132	5	M	Ateroscleroza cu complicatii si comorbiditati	0,4869	7,0	2	20
133	5	M	Ateroscleroza fara complicatii si comorbiditati	0,4059	6,1	2	17
134	5	M	Hipertensiunea arteriala	0,4378	6,3	2	16
135	5	M	Boli congenitale cardiace si valvulare, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7474	6,6	2	19
			Boli congenitale cardiace si valvulare,				

136	5	>17 ani, fara complicatii M si comorbiditati	0,4302	5,2	2	16
137	5	M Boli congenitale cardiace si valvulare, 0-17 ani	0,8649	5,4	2	16
138	5	M Aritmia cardiaca si tulburari de conducere cu complicatii si comorbiditati	0,6636	6,3	2	19
139	5	M Aritmia cardiaca si tulburari de conducere fara complicatii si comorbiditati	0,4091	4,9	1	15
140	5	M Angina pectorala	0,4292	6,7	2	17
141	5	M Sincopa si colapsul cu complicatii si comorbiditati	0,5515	5,6	2	17
142	5	M Sincopa si colapsul fara complicatii si comorbiditati	0,4232	4,3	2	12
143	5	M Durerea toracica	0,3893	3,6	1	10
144	5	M Alte boli ale sistemului circulator cu complicatii si comorbiditati	1,1116	8,1	2	25
145	5	M Alte boli ale sistemului circulator fara complicatii si comorbiditati	0,5313	5,5	2	18
146	6	C Resectia rectala cu complicatii si comorbiditati	2,0621	19,9	5	58
147	6	C Resectia rectala fara complicatii si comorbiditati	1,4386	17,7	7	40
148	6	C Interventii majore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	2,5279	16,7	3	58
149	6	C Interventii majore pe intestinul subtire si gros fara complicatii si comorbiditati	1,2425	14,9	4	39
150	6	C Debridare peritoneala cu complicatii si comorbiditati	1,8428	12,2	4	34
151	6	C Debridare peritoneala fara complicatii si comorbiditati	0,9780	9,6	3	23

152	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si gros cu complicatii si comorbiditati	1,6743	9,2	2	31
153	6	C	Interventii minore pe intestinul subtire si comorbiditati	1,0829	7,1	2	22
154	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani cu complicatii si comorbiditati	3,1043	13,1	3	41
155	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1,2437	11,9	3	38
156	6	C	Interventii pe stomac, esofag si duoden, 0-17 ani	1,3143	9,2	2	31
157	6	C	Interventii ia nivelul anusului sau pe stome cu complicatii si comorbiditati	0,9094	8,3	2	26
158	6	C	Interventii la nivelul anusului sau pe stome fara complicatii si comorbiditati	0,4798	6,2	2	18
159	6	C	Interventie pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,0458	11,5	4	30
160	6	C	Interventii pentru hernie, cu exceptia celor inghinale si femurale, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,6827	8,9	3	24
161	6	C	Interventii pentru hernia inghinala si femurala, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8160	9,0	3	22
162	6	C	Interventii pe hernia inghinala si femurala, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,5655	6,9	3	16
163	6	C	Interventii hernii varsta 0-17 ani	0,6393	4,2	2	10
164	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, cu complicatii si si comorbiditati	1,2550	7,0	2	18
165	6	C	Apendicectomie cu diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati	0,7193	5,5	2	13

166	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, cu complicatii si comorbiditati	0,8137	7,4	3	19
167	6	C	Apendicectomie fara diagnostic principal complicat, fara complicatii si comorbiditati	0,5837	5,2	2	11
168	3	C	Interventii la nivelul gurii cu complicatii si comorbiditati	1,0228	6,6	2	20
169	3	C	Interventii la nivelul gurii fara complicatii si comorbiditati	0,6680	5,2	2	15
170	6	C	Alte interventii chirurgicale pe sistemul digestiv cu complicatii si comorbiditati	2,3090	11,8	2	52
171	6	C	Alte proceduri chirurgicale pe sistemul digestiv fara complicatii si comorbiditati	0,9444	9,9	2	36
172	6	M	Tumori maligne digestive cu complicatii si comorbiditati	1,2921	6,5	2	21
173	6	M	Tumori maligne digestive fara complicatii si comorbiditati	0,7548	5,5	1	18
174	6	M	Hemoragie cu complicatii si comorbiditati	0,8530	7,1	2	22
175	6	M	Hemoragie fara complicatii si comorbiditati	0,4304	5,7	2	17
176	6	M	Ulcer peptic complicat	0,9166	6,0	2	17
177	6	M	Ulcer peptic necomplicat cu alte complicatii si comorbiditati	0,6828	6,6	3	16
178	6	M	Ulcer peptic necomplicat fara alte complicatii si comorbiditati	0,4375	5,9	2	16
179	6	M	Boala inflamatorie a intestinului	0,7187	6,3	2	21
180	6	M	Obstructii gastrointestinale cu complicatii si comorbiditati	0,7192	5,6	1	20

181	6	M	Obstrucții gastrointestinale fara complicatii si comorbiditati	0,4134	4,5	1	14
182	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5926	5,7	2	16
183	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, >17ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3916	4,9	2	14
184	6	M	Esofagita, gastroenterita si alte tulburari digestive, 0-17 ani	0,3778	4,7	2	12
185	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare varsta>17 ani	0,6153	4,9	2	14
186	3	M	Boli ale dintilor si gurii cu exceptia extractiilor si lucrarilor dentare, 0-17 ani	0,3951	5,0	2	13
187	3	M	Extractii dentare si lucrari dentare	0,6963	3,5	1	9
188	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >7ani, cu complicatii si comorbiditati	0,8682	6,1	1	21
189	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4751	4,9	1	15
190	6	M	Alte diagnostice ale aparatului digestiv, 0-17 ani	0,7120	4,3	2	12
191	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si sunt cu complicatii si comorbiditati	3,5894	20,0	4	70
192	7	C	Interventii pe pancreas, ficat si sunt fara complicatii si comorbiditati	1,4629	15,9	4	49
193	7	C	Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2,9005	17,8	5	48
			Interventii pe tractul biliar cu exceptia colecistectomiei, cu sau				

194	7	C	fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1,3241	15,0	5	38
195	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	2,0740	19,5	7	47
196	7	C	Colecistectomie cu explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	1,3685	18,4	8	40
197	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati	1,7633	14,0	5	34
198	7	C	Colecistectomie cu exceptia interv. laparoscopice fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati	0,9399	11,2	5	25
199	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor maligne hepatobiliare	1,8787	13,5	4	39
200	7	C	Proceduri pentru diagnosticarea tumorilor ne-maligne hepatobiliare	2,3726	13,1	2	48
201	7	C	Alte interventii chirurgicale hepatobiliare si pancreas	3,0798	9,1	2	31
202	7	M	Ciroza si hepatita alcoolica	1,2249	7,0	2	21
203	7	M	Tumori maligne ale sistemului hepatobiliar sau pancreasului	1,2242	6,1	1	22
204	7	M	Boli ale pancreasului cu exceptia tumorilor maligne	0,8117	6,8	2	21
205	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu complicatii si comorbiditati	1,0979	7,7	2	24
206	7	M	Boli ale ficatului cu exceptia tumorilor, cirozei, hepatitei alcoolice fara complicatii si comorbiditati	0,5835	6,8	2	24
207	7	M	Boli ale tractului biliar cu complicatii si comorbiditati	0,9484	6,4	2	18
208	7	M	Boli ale tractului biliar fara complicatii si comorbiditati	0,5097	5,4	2	16

Interventii asupra articulatiilor						
209	8	C mari si reimplantare membre inferioare	1,9704	17,4	8	36
Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor						
210	8	C mari, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,6521	16,8	6	41
Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor						
211	8	C mari, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	1,2603	14,9	5	35
Interventii asupra femurului si soldului cu exceptia articulatiilor						
212	8	C mari, varsta 0-17 ani	1,4946	11,2	3	33
Amputatii pentru afectiuni musculoscheletale sau boli ale tesutului conjunctiv						
213	8	C tesutului conjunctiv	1,7347	18,2	3	77
Biopsie sistem musculoscheletal si tesut conjunctiv						
216	8	C Biopsie sistem musculoscheletal si tesut conjunctiv	1,8743	9,2	2	35
Debridarea plagilor si grefa cutanata cu exceptia miinii, pentru afectiuni musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv						
217	8	C musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	3,1571	9,6	1	44
Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati						
218	8	C comorbiditati	1,5486	13,6	4	38
Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, >17 ani, fara complicatii si comorbiditati						
219	8	C complicatii si comorbiditati	0,9708	11,3	3	32
Interventii pe membrele inferioare si humerus cu exceptia sold, picior, femur, varsta 0-17 ani						
220	8	C femur, varsta 0-17 ani	0,9988	7,8	2	22
Interventii majore asupra umarului, cotului sau altor parti membrul sup. cu complicatii si comorbiditati						
223	8	C cu complicatii si comorbiditati	0,8398	8,5	2	30
Interventii asupra umarului, cotului, antebratului cu exceptia articulatiilor						
224	8	C mari, fara complicatii si comorbiditati	0,7133	6,6	2	21

225	8	C	Interventii asupra piciorului	0,9629	9,2	2	35
AAAAAA							
226	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi cu complicatii si comorbiditati	1,1479	11,2	2	44
AAAAAA							
227	8	C	Interventii asupra tesuturilor moi fara complicatii si comorbiditati	0,6837	6,5	1	23
AAAAAA							
228	8	C	Interventii majore asupra policelui, articulatiilor sau alte interventii la nivelul mainii sau pumnului cu complicatii si comorbiditati	1,0314	6,4	1	22
AAAAAA							
229	8	C	Interventii asupra mainii sau pumnului cu exceptia articulatiilor mari fara complicatii si comorbiditati	0,6866	4,8	1	16
AAAAAA							
230	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza din sold si femur	1,1722	7,1	1	27
AAAAAA							
231	8	C	Incizia locala si extractia materialelor de osteosinteza cu exceptia sold si femur	1,0674	5,3	1	18
AAAAAA							
232	8	C	Artroscopia	0,7669	4,2	1	15
AAAAAA							
233	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1,9885	10,0	2	39
AAAAAA							
234	8	C	Alte interventii chirurgicale asupra sist. musculoscheletal si a tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	1,3538	7,5	1	27
AAAAAA							
235	8	M	Fracturi de femur	0,7061	5,7	1	22
AAAAAA							
236	8	M	Fracturi de sold si bazin	0,6575	6,6	1	25
AAAAAA							
237	8	M	Luxatii, entorse si dislocari de sold, pelvis, coapsa	0,5567	7,2	1	28
AAAAAA							
238	8	M	Osteomielifita	1,0108	9,7	2	38
AAAAAA							
239	8	M	Fracturi patologice, neoplazii musculoscheletale si ale tesutului conjunctiv	1,0201	6,0	1	24

240	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv cu complicatii si comorbiditati	1,4529	7,3	2	21
241	8	M	Boli ale tesutului conjunctiv fara complicatii si comorbiditati	0,7436	5,9	2	19
242	8	M	Artrita septica	0,8009	8,2	2	27
243	8	M	Probleme medicale ale spatelui	0,6121	6,8	2	21
244	8	M	Boli ale oaselor si artropatii specifice cu complicatii si comorbiditati	0,6887	7,3	2	21
245	8	M	Boli ale oaselor si artropatii specifice fara complicatii si comorbiditati	0,5346	5,9	2	20
246	8	M	Artropatii nespecifice	0,6082	6,9	2	19
247	8	M	Semne si simptome ale ap. musculoscheletal si ale tesutului conjunctiv	0,5183	5,7	2	17
248	8	M	Tendinita, miozita, bursita	0,7340	6,6	2	21
249	8	M	Ingrijire post-tratament pentru afectiuni musculoscheletal si ale tesutului conjunctiv	0,6352	6,7	1	26
250	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari antebrat, mana, picior, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7039	4,2	1	12
251	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, picior, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4291	3,7	1	10
252	8	M	Fracturi, luxatii, entorse, dislocari - antebrat, mina, pictor, varsta 0-17 ani	0,3040	3,0	1	7
253	8	M	Fracturi/luxatii, entorse, dislocari partea de sus a bratului partea de jos membru inf cu exceptia piciorului, >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,6658	5,4	1	17
			Fracturi, luxatii, entorse, dislocari				

269	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san cu complicatii si comorbiditati	1,3169	8,3	2	30	
270	9	C	Alte interventii piele, tesutului subcutanat, san fara complicatii si comorbiditati	0,6447	5,1	1	18	
271	9	M	Ulcer cutanat	0,8302	9,7	3	24	
272	9	M	Afectiuni cutanate majore cu complicatii	1,1886	8,0	2	23	comorbiditati
273	9	M	Afectiuni cutanate majore fara complicatii	0,4617	7,7	2	23	comorbiditati
274	9	M	Neoplazii ale glandei mamare cu complicatii si comorbiditati	0,8851	5,9	1	21	
275	9	M	Neoplazii ale glandei mamare fara complicatii	0,4961	5,1	1	18	comorbiditati
276	9	M	Afectiuni benigne ale glandei mamare	0,4554	4,6	1	14	
277	9	M	Celulita varsta >17 ani cu complicatii	0,6876	8,4	2	27	
278	9	M	Celulita varsta >17 ani fara complicatii	0,4152	6,7	2	20	
279	9	M	Celulita varsta 0-17 ani	0,3886	5,4	2	14	
280	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5519	5,1	1	17	
281	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, glandei mamare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3728	4,4	1	13	
282	9	M	Traumatisme ale pielii, tesutului subcutanat, ale glandei mamare, varsta 0-17 ani	0,3718	3,5	1	10	
283	9	M	Afectiuni cutanate minore cu complicatii si comorbiditati	0,6212	6,3	2	18	
284	9	M	Afectiuni cutanate minore fara complicatii si comorbiditati	0,3725	5,3	2	16	

285	10	C	Amputatii ale membrelor inferioare pentru afectiuni endocrine, metabolice si nutritionale	1,8735	20,1	5	60
286	10	C	Interventii pe glanda suprarenala si hipofiza	1,7583	12,6	4	34
287	10	C	Grefe cutanate si debridare a plagilor din afectiuni endocrine, metabolice, nutritionale	1,6018	11,3	2	35
288	10	C	Interventii chirurgicale pentru obezitate	1,4409	8,9	2	32
289	10	C	Interventii pe paratiroide	0,8040	5,6	1	27
290	10	C	Interventii pe tiroida	0,6538	6,4	2	20
291	10	C	Interventii pe tract tireoglos	0,5060	6,9	3	18
292	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice cu complicatii si comorbiditati	2,2455	9,4	2	30
293	10	C	Alte proceduri chirurgicale pentru afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice fara complicatii si comorbiditati	1,3696	9,8	2	33
294	10	M	Diabet varsta >35 ani	0,6427	6,9	2	19
295	10	M	Diabet varsta 0-35 ani	0,4928	5,4	2	16
296	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7282	6,5	2	18
297	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4477	5,1	2	15
298	10	M	Diverse afectiuni metabolice si nutritionale varsta 0-17 ani	0,3981	4,8	2	13
299	10	M	Boli ereditare ale metabolismului	1,1701	5,4	2	14

300	10	M	Afectiuni endocrine cu complicatii si comorbiditati	0,8263	6,3	2	17
301	10	M	Afectiuni endocrine fara complicatii si comorbiditati	0,4764	5,0	2	14
302	11	C	Transplant renal	0,0000	35,5	9	106
303	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului si vezicii urinare in neoplazii	1,9541	17,7	5	47
304	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne cu complicatii si comorbiditati	2,1472	13,2	3	42
305	11	C	Interventii asupra rinichiului, ureterului, si vezicii urinare in afectiuni benigne fara complicatii si comorbiditati	1,2863	10,9	2	40
306	11	C	Prostatectomie cu complicatii si comorbiditati	0,8990	11,1	4	26
307	11	C	Prostatectomie fara complicatii si comorbiditati	0,4385	10,8	3	28
308	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare cu complicatii si comorbiditati	1,4724	12,6	3	43
309	11	C	Interventii minore asupra vezicii urinare fara complicatii si comorbiditati	1,0088	8,9	2	31
310	11	C	Interventii transuretrale cu complicatii si comorbiditati	0,7397	8,0	3	21
311	11	C	Interventii transuretrale fara complicatii si comorbiditati	0,4947	6,8	2	18
312	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,9782	7,7	2	23
313	11	C	Interventii uretrale, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,6780	7,3	2	22

314	11	C	Interventii uretrale, varsta 0-17 ani	0,6557	7,7	1	33
315	11	C	Alte interventii chirurgicale pe rinichi si cai urinare	1,8975	10,1	1	51
316	11	M	Insuficienta renala	1,1953	7,5	2	27
317	11	M	Internare pentru dializa renala	0,5442	nu este cazul		
318	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare cu complicatii si comorbiditati	0,9441	6,5	2	23
319	11	M	Neoplasme renale si de cai urinare fara complicatii si comorbiditati	0,6283	5,1	1	17
320	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7079	6,7	2	20
321	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4188	6,3	2	17
322	11	M	Infectii renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0,4986	6,2	2	16
323	11	M	Litiaza urinara cu complicatii si comorbiditati si/sau litotripsie extracorporea	0,4740	5,5	2	16
324	11	M	Litiaza urinara fara complicatii si comorbiditati	0,3202	4,7	2	13
325	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5227	5,9	2	18
326	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3753	4,9	2	15
327	11	M	Semne si simptome de afectare renala sau de cai urinare, varsta 0-17 ani	0,3851	4,5	2	13
328	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5436	5,8	2	18

329	11	M	Strictura uretrala varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,4820	5,3	1	16
AAAAAA							
330	11	M	Strictura uretrala varsta 0-17 ani	0,5760	cazul		
AAAAAA							
331	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, cu complicatii si comorbiditati	1,0639	5,1	1	16
AAAAAA							
332	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta >17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,5248	5,2	2	16
AAAAAA							
333	11	M	Alte boli renale si de cai urinare, varsta 0-17 ani	0,8893	6,0	1	19
AAAAAA							
334	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, cu complicatii si comorbiditati	1,1127	18,1	8	37
AAAAAA							
335	12	C	Interventii majore pelvine la barbat, fara complicatii si comorbiditati	0,9148	16,4	7	33
AAAAAA							
336	12	C	Prostatectomia transuretrala cu complicatii si comorbiditati	0,6275	10,5	5	22
AAAAAA							
337	12	C	Prostatectomia transuretrala fara complicatii si comorbiditati	0,4340	8,9	4	17
AAAAAA							
338	12	C	Interventii pe testicule pentru neoplazii	1,0160	8,0	2	23
AAAAAA							
339	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta >17 ani	0,8863	7,5	2	22
AAAAAA							
340	12	C	Interventii pe testicule pentru afectiuni benigne varsta 0-17 ani	0,5306	3,9	2	9
AAAAAA							
341	12	C	Interventii la nivelul penisului	1,1070	6,9	1	28
AAAAAA							
342	12	C	Circumcizia varsta >17 ani	0,9513	4,6	1	16
AAAAAA							
343	12	C	Circumcizia varsta 0-17 ani	0,4227	2,7	1	6
AAAAAA							
344	12	C	Alte proceduri chirurgicale pentru neoplazii ale ap. reproductiv masculin	1,4741	9,4	2	36

345	12	C	Alte proceduri chirurgicale ap. reproductiv masculin exceptie neoplazii	1,0847	8,1	2	26
346	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin cu complicatii si comorbiditati	0,9482	6.3	1	22
347	12	M	Neoplazii ale ap. reproductiv masculin fara complicatii si comorbiditati	0,6036	4,6	1	15
348	12	M	Hipertrofia benigna de prostata cu complicatii si comorbiditati	0,5610	5,6	2	18
349	12	M	Hipertrofia benigna de prostata fara complicatii si comorbiditati	0,3531	4,9	1	15
350	12	M	Inflamatii ale aparatului genital masculin	0,4977	4,7	1	15
351	12	M	Sterilizarea masculina	0,2364	cazul		
352	12	M	Alte boli ale aparatului genital masculin	0,4883	4,7	2	13
353	13	C	Eviscerarea pelvisului, histerectomie totala si vulvectomie radicala	2,1663	12.5	5	26
354	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale cu complicatii si comorbiditati	1,2755	12,9	4	35
355	13	C	Interventii uterine/anexiale pentru neoplazii non-ovariene/anexiale fara complicatii si comorbiditati	0,6808	9,9	3	25
356	13	C	Interventii reconstructive ale aparatului genital feminin	0,6347	9,5	4	20
357	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru neoplazii anexiale sau ovariene	1,8769	12,3	5	28
358	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne cu complicatii si comorbiditati	0,8171	8,2	2	29

359	13	C	Interventii pe uter si anexe pentru afectiuni non-maligne fara complicatii si comorbiditati	0,6206	6,6	1	25
360	13	C	Interventii pe vagin, col uterin si vulva	0,7502	4,3	1	14
361	13	C	Ligatura trompelor uterine prin incizii sau laparoscopie	0,8192	5,6	2	17
362	13	C	Ligatura endoscopica a trompelor uterine	0,6160	cazul		nu este
363	13	C	Dilatate si chiuretaj, conizatie si implant radioactiv pentru neoplazii	0,8958	9,4	1	40
364	13	C	Dilatate si chiuretaj, conizatie, exceptie neoplazii	0,6893	3,2	1	9
365	13	C	Alte proceduri chirurgicale asupra tractului genital feminin	1,0846	6,4	1	22
366	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin cu complicatii si comorbiditati	1,1170	7,5	1	28
367	13	M	Neoplazii ap. reproductiv feminin fara complicatii si comorbiditati	0,5246	6,9	1	27
368	13	M	Infectii ap. reproductiv feminin	0,5642	4,9	2	12
369	13	M	Tulburari menstruale si alte tulburari ale aparatului genital feminin	0,4318	4,1	1	12
370	14	C	Cezariana cu complicatii si comorbiditati	0,8573	8,8	3	21
371	14	C	Cezariana fara complicatii si comorbiditati	0,6318	7,3	3	17
372	14	M	Nasterea vaginala cu diagnostic complicat	0,5465	5,6	2	13
373	14	M	Nasterea vaginala fara diagnostic complicat	0,4358	5,5	2	13

374	14	C	Nastere vaginafa cu sterilizare si/sau dilatare si chiuretaj	0,6210	6,2	2	15
375	14	C	Nasterea vaginala cu alte proceduri chirurgicale cu exceptia sterilizarii si/sau dilatare si chiuretaj	0,8636	5,6	2	12
376	14	M	Diagnostice postpartum si postabortum fara interventii chirurgicale	0,4626	6,3	2	20
377	14	C	Diagnostice postpartum si postabortum cu interventii chirurgicale	0,8590	3,3	1	10
378	14	M	Sarcina ectopica	0,6810	6,9	3	18
379	14	M	Iminenta de avort	0,6140	4,7	2	12
380	14	M	Avortul fara dilatare si chiuretaj	0,4688	4,4	1	14
381	14	C	Avortul cu dilatare si chiuretaj, chiuretaj prin aspiratie sau histerotomie	0,5612	2,9	1	7
382	14	M	Falsul travaliu	0,3827	4,5	1	13
383	14	M	Alte diagnostice antepartum cu complicatii si comorbiditati medicale	0,4641	4,6	2	12
384	14	M	Alte diagnostice antepartum fara complicatii si comorbiditati medicale	0,4358	3,4	1	10
385	15	M	Fatul mort sau transferat la o alta unitate de ingrijiri acute	3,0686	5,3	1	22
386	15	M	Prematurul foarte mic sau sindromul de detresa respiratorie	5,1301	19,4	2	115
387	15	M	Prematuritate cu probleme majore	1,6385	12,8	2	48
388	15	M	Prematuritate fara probleme majore	0,3709	8,2	2	26
389	15	M	Nou-nascutul la termen cu probleme majore	0,4357	6,0	3	13

390	15	M	Nou-nascutul cu alte probleme semnificative	0,1721	4,6	2	9
391	15	M	Nou-nascutul normal	0,1344	4,6	3	8
392	16	C	Splenectomie varsta >17 ani	2,2407	12,8	4	35
393	16	C	Splenectomie varsta 0-17 ani	1,4521	14,4	5	36
394	16	C	Alte interventii chirurgicale pentru organele hematopoetice sau sange	1,9666	7,1	2	24
395	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta >17 ani	0,7235	7,7	2	25
396	16	M	Boli la nivelul hematiilor varsta 0-17 ani	0,7602	5,3	2	15
397	16	M	Boli de coagulare	1,3608	6,3	2	22
398	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune cu complicatii si comorbiditati	1,4219	6,2	2	17
399	16	M	Boli reticuloendoteliale si imune fara complicatii si comorbiditati	0,5801	5,7	2	17
400	17	C	Limfom si leucemia cu interventii chirurgicale majore	2,5848	13,5	3	48
401	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale cu complicatii si comorbiditati	2,4312	12,6	2	53
402	17	C	Limfom si leucemia cronica cu alte interventii chirurgicale fara complicatii si comorbiditati	1,0961	9,1	2	34
403	17	M	Limfom si leucemia non-acuta cu complicatii si comorbiditati	1,8642	7,0	1	26
404	17	M	Limfom si leucemia non-acuta fara complicatii si comorbiditati	0,9754	5,1	1	19
			Leucemia acuta fara interventii				

420	18	M	> 17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,4703	6,3	2	21
421	18	M	Boli virale, varsta >17 ani	0,5534	6,8	2	18
422	18	M	Boli virale si febra de cauza necunoscuta la varste 0-17 ani	0,3877	5,6	2	16
423	18	M	Diagnosticarea altor boli infectioase si parazitare	1,3290	7,1	2	20
424	19	C	Interventii chirurgicale pentru diagnostic principal de boala mentala	2,3301	11,4	2	45
425	19	M	Reactia acuta de adaptare si disfunctia psihosociala	0,5872	8,5	2	32
426	19	M	Nevroza depresiva	0,4723	10,8	3	34
427	19	M	Nevrozele cu exceptia depresiei	0,5847	8,1	2	29
428	19	M	Tulburari de personalitate si control al impulsului	1,1703	10,7	3	34
429	19	M	Tulburari organice si retardarea mentala	0,9343	10,0	2	35
430	19	M	Psihozele	0,8075	13,4	3	47
431	19	M	Tulburari mentale la copii	0,8491	5,3	2	15
432	19	M	Diagnosticul altor boli mentale	1,0565	5,3	2	14
433	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, externat la cerere	0,2255	2,7	1	9
434	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/medicamente, dezintoxicarea sau alte trat. simptomatice cu complicatii si comorbiditati	0,5386	9,9	2	41
435	20	M	Abuzul sau dependenta de alcool/med., dezintoxicarea sau alte trat. simpt. fara complicatii si comorbiditati	0,3176	8,7	2	35
436	20	M	Dependenta de alcool/medicamente cu				

terapie de recuperare 0,7433 11,0 2 36

437	20	M	Dependenta de alcool/med. cu combinarea recuperarii si terapiei de detoxifiere	0,5292	12,9	3	39
439	21	C	Grefa cutanata pentru leziuni	2,0993	16,5	2	89
440	21	C	Debridarea plagilor/leziunilor	1,7458	8,3	1	36
441	21	C	Proceduri la nivelul mainii pentru leziuni	0,9130	6,4	1	21
442	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni cu complicatii si comorbiditati	1,9433	14,3	2	69
443	21	C	Alte proceduri chirurgicale pentru leziuni fara complicatii si comorbiditati	0,8701	8,6	1	34
444	21	M	Leziuni traumatice varsta > 17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,5716	6,0	1	22
445	21	M	Leziuni traumatice varsta > 17 ani fara complicatii si comorbiditati	0,3957	4,7	1	15
446	21	M	Leziuni traumatice varsta 0-17 ani	0,3510	4,0	1	12
447	21	M	Reactii alergice varsta > 17 ani	0,3781	4,1	1	12
448	21	M	Reactii alergice varsta 0-17 ani	0,2441	3,7	2	9
449	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta > 17 ani, cu complicatii si comorbiditati	0,7575	3,7	1	12
450	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta > 17 ani, fara complicatii si comorbiditati	0,3882	3,3	1	10
451	21	M	Intoxicatii si efecte toxice ale medicamentelor varsta 0-17 ani	0,4293	3,0	1	8
452	21	M	Complicatii ale tratamentelor, cu alte complicatii si comorbiditati	0,8362	7,5	2	28

453	21	M	Complicatii ale tratamentelor, fara complicatii si comorbiditati	0,4312	6,9	1	24
<p>Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice cu complicatii si comorbiditati</p>							
454	21	M		0,5459	7,1	1	29
<p>Alte diagnostice de leziuni, intoxicatii si efecte toxice fara complicatii si comorbiditati</p>							
455	21	M		0,3323	6,3	1	23
<p>Interventii chirurgicale si diagnostice C in cadrul contractului cu alte servicii de sanatate</p>							
461	23	C		1,9454	7,2	1	27
<p>Recuperare</p>							
462	23	M		1,6187	10,1	3	30
<p>Semne si simptome cu complicatii si comorbiditati</p>							
463	23	M		0,6307	6,2	2	20
<p>Semne si simptome fara complicatii si comorbiditati</p>							
464	23	M		0,4293	4,7	1	14
<p>Ingrijire post terapeutica cu istoric nu este de neoplazie ca diagnostic secundar</p>							
465	23	M		0,5328			cazul
<p>Ingrijire post terapeutica fara istoric de neopfazie ca diagnostic secundar</p>							
466	23	M		0,6200	5,8	1	20
<p>Alti factori care influenteaza starea de sanatate</p>							
467	23	M		0,2338	4,6	1	16
<p>Interventii chirurgicale extinse C nelegate de diagnosticul principal</p>							
468		C		2,6856	10,3	2	44
<p>Diagnostic principal invalid ca diagnostic de externare nu este</p>							
469				0,0000			cazul
<p>Negrupabil nu este</p>							
470				0,0000			cazul
<p>Interventii asupra articulatiilor mari (bilaterale sau multiple) ale membrelor inferioare nu este</p>							
471	8	C		3,1039			cazul
<p>Leucemie acuta fara interventii chirurgicale majore varsta > 17 ani</p>							
473	17	M		4,6522	10,3	1	47

475	4	M	Diagnosticte aparat respirator cu suport ventilator	3,0217	8,2	1	37
476		C	Interventii operatorii prostatice ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1,7419			nu este cazul
477		C	Interventii operatorii limitate ce nu au legatura cu diagnosticul principal	1,4460	8,1	2	28
478	5	C	Alte interventii vasculare cu complicatii si comorbiditati	2,0940	8,0	1	43
479	5	C	Alte interventii vasculare fara complicatii si comorbiditati	1,1974	9,2	2	35
480		C	Transplant hepatic	0,0000			nu este cazul
481		C	Transplant de maduva	0,0000	21,6	2	107
482		C	Traheostomie pentru diagnostice la nivelul fetei, cavitatii bucale si gitului	3,9011	13,6	1	77
483		C	Traheostomie pentru diagonstice altele decat cele de la nivelul fetei, cavitatii bucale si gatului	13,6071	20,6	2	106
484	24	C	Craniotomie pentru traumatisme semnificative multiple	6,2160	13,4	2	63
485	24	C	Reimplantarea membrelor, interventii asupra soldului si femurului pentru traum. semnificative multiple	5,0386	23,0	6	64
486	24	C	Alte interventii chirurgicale pentru traumatisme multiple semnificative	4,7737	14,5	2	77
487	24	M	Alte traumatisme multiple semnificative	1,2767	7,7	1	34
488	25	C	Infectia HIV cu interventii chirurgicale extinse	4,4156	10,1	1	51
489	25	M	Infectia HIV cu boli majore asociate	1,5360	11,1	2	41
490	25	M	Infectia HIV cu sau fara alte boli asociate	0,9630	5,1	1	20

491	8	C	Reatasarea membrelor si interventii asupra articulatiilor mari ale membrelor superioare	nu este	1,5304	cazul			
492	17	M	Chimioterapie cu leucemie acuta ca diagnostic secundar		5,8782	8,1	1	42	
493	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun cu complicatii si comorbiditati		1,2538	8,1	3	21	
494	7	C	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea ductului comun fara complicatii si comorbiditati		0,8036	5,7	2	13	
495		C	Transplantul pulmonar	nu este	0,0000	cazul			
496	8	C	Tasare spinala combinata antero/posterioara	nu este	5,1791	cazul			
497	8	C	Tasare spinala cu complicatii si comorbiditati		2,9090	17,3	5	45	
498	8	C	Tasare spinala fara complicatii si comorbiditati		1,7937	12,4	4	30	
499	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale cu complicatii si comorbiditati		1,0513	12,9	3	39	
500	8	C	Interventii la nivelul spatelui si gatului cu exceptia tasarii spinale fara complicatii si comorbiditati		0,6732	9,7	3	27	
501	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie cu complicatii si comorbiditati	nu este	1,8734	cazul			
502	8	C	Interventii pe genunchi cu dg. princ. infectie fara complicatii si comorbiditati	nu este	1,1476	cazul			
503	8	C	Interventii pe genunchi fara dg. princ. infectie		1,0468	5,8	1	19	
504	22	C	Arsuri extinse de grad 3 cu grefa de piele		19,3756	40,0	6	155	

505	22	C	Arsuri extinse de grad 3 fara grefa de piele	2,0409	13,5	1	81
506	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	4,7616	30,8	4	147
507	22	C	Arsuri profunde cu grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	2,0351	29,2	4	129
508	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare cu complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	1,0639	15,4	2	63
509	22	M	Arsuri profunde fara grefa de piele sau leziuni prin inhalare fara complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	0,6656	11,0	2	45
510	22	M	Arsuri superficiale cu complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	1,4773	10,9	2	43
511	22	M	Arsuri superficiale fara complicatii si comorbidity sau trauma semnificativa	0,7493	8,5	2	31

ST

Nota:

DMS si limitele fiecarei grupe DRG au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in primele 11 luni ale anului 2006; explicatia "nu este cazul" se refera la grupele de diagnostice pentru care numarul de cazuri externate inregistrate a fost insuficient pentru calcularea limitelor de normalitate pentru durata de spitalizare; cazurile clasificate in aceste grupe de diagnostice se considera cazuri normale (vezi glosarul de termeni) indiferent de durata de spitalizare.

Definirea termenilor utilizati in anul 2007 in sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schema de clasificare a pacientilor externati (in functie de diagnostic), care asigura o modalitate de a asocia tipurile de pacienti cu cheltuielile spitalicesti efectuate

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai larga a pacientilor doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativa (VR): Numar fara unitate care exprima raportul dintre tariful unui DRG si tariful mediu al tuturor DRGTMurilor

Coeficient atribuit in functie de cantitatea relativa de munca, consumabile si resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afectiunea/afectiunile respective.

Groupier: aplicatie computerizata (software) care permite alocarea automata a unui pacient intr-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizeaza fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externarii (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numarul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, intre momentul internarii si cel al externarii din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durata de spitalizare asemanatoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durata de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite fata de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durata de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte mici fata de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durata de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate in acelasi DRG cu durate de spitalizare foarte mari fata de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care contine un procent semnificativ de observatii (de exemplu 95% din observatii)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care contine un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemanatoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimiteaza intervalul de normalitate, adica limita inferioara si limita superioara a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculeaza pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel incat se obtine o limita inferioara (LINF) si o limita superioara (LSUP) pentru fiecare grupa de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate in anexa 17 a).

Indice de echivalenta - e: o pondere asociata fiecarui caz rezolvat, in functie de durata de spitalizare a cazului si limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

$e = 1$ pentru $LINF \leq DS \leq LSUP$

$e = DS/LINF$ pentru $DS < LINF$

$e = DS/LSUP$ pentru $DS > LSUP$, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat in DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observa ca acest caz este un caz extrem mic ($DS < LINF$), deci $e = DS/LINF = 2/3$

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate intr-o anumita perioada, ajustate pe baza indicelui de echivalenta

$CE = [CR(i) \times e(i)]$

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflecta impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

$K = [CE(i) \times VR(i)] / [CR(i) \times VR(i)]$

Cazuri ponderate (CP): pacienti "virtuali" generati prin ajustarea cazurilor externate, in functie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate si pentru cazurile echivalente

Nr. CP = $[VR(DRGi) \times CR(DRGi)]$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienti tratati intr-un spital, in functie de diagnostic si gravitate

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Numar (fara unitate) care exprima resursele necesare spitalului in concordanta cu pacientii tratati

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de baza) - CCP(RB): Valoare de referinta, ce reflecta costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national.

- pentru un spital:

$CCPs = \text{bugetul aferent cazurilor acute} / \text{nr. total cazuri ponderate}$

- la nivel national:

$CCPn = \text{bugetele aferente cazurilor acute la nivel national} / \text{nr. total cazuri ponderate}$

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital - pentru anul 2007:

$TCP(2007) = TCP \text{ national, cu un coridor de risc cuprins intre } 115 \text{ si } 95 \text{ fata de } TCP \text{ } 2006.$

Pentru cazurile externate din maternitatile de nivel III organizate conform <LLNK 12002 534 20 301 0 33>Hotararii Guvernului nr. 534/2002 pentru aprobarea Strategiei privind reabilitarea si reorganizarea sistemului de asistenta medicala spitaliceasca de specialitate in obstetrica-ginecologie si neonatologie din Romania, pe perioada 2002 - 2004, si <LLNK 12002 910 501201 0 44>Ordinului ministrului sanatatii nr. 910/2002 privind criteriile de ierarhizare a sectiilor de spital de specialitate obstetrica, ginecologie si neonatologie, TCP 2007 se majoreaza cu 20%.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

$TCR = TCP(2007) \times ICM$

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, national.

$TC(DRGi) = TCP(2007) \times VR(DRGi)$

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG - Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativa

DS = Durata de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CN = Cazuri normale

CEMC - Cazuri extreme mici

CEMR = Cazuri extreme mari

LINF = Limita inferioara a intervalului de normalitate

LSUP = Limita superioara a intervalului de normalitate

e = Indicele de echivalenta

CE - Cazuri echivalente

K = Coeficientul cazurilor extreme

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de baza

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 18

A) FISA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

T

UNITATEA SANITARA Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:
Sef departament URGENTA: DA/NU
.....

FISA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ tinta/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal
3. Greutate Kg
4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU Programare examen RMN

Alte case Data:
Ora:

5. Internat DA/NU -
Sectia nr. FO Substanta contrast: DA*/...../NU

6. S-au epuizat celelalte metode *) Se va aplica semnatura si parafa
de diagnostic: medicului de specialitate radiologie
si imagistica medicala
Precizari:

DA/NU

7. Dq. trimitere Observatii speciale legate de pacient:
..... 1. Asistat cardiorespirator DA/NU
..... 2. Cooperare previzibila Normala/
Dificila

8. Date clinice si paraclinice 3. Antecedente alergice DA/NU
care sa justifice explorarea 4. Astm bronsic DA/NU

RMN: 5. Crize epileptice DA/NU
..... 6. Suspiciune de sarcina DA/NU
..... 7. Claustrofobie
..... 8. Clipuri chirurgicale, materiale
metalice de sutura
..... 9. Valve cardiace, ventriculare
..... 10. Proteze auditive
..... 11. Dispozitive intrauterine

9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU 12. Proteze articulare, materiale de
osteosinteza

Daca DA Data Unde 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinica) 14. Alte proteze
..... 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant Data: metalelor (schije, obiecte metalice)

Semnatura si parafa medicului 16. Corpi straini intraocular
solicitant 17. Schije, gloante, obiecte metalice

Semnatura pacientului

Aviz sef sectie solicitanta cu
asumarea responsabilitatii**):
(semnatura si parafa)

In caz de urgenta, rezultatul verbal va fi disponibil in 1 - 2 ore pentru
medicul solicitant, iar rezultatul scris in cel mult 12 ore. In celelalte
cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant in 2 - 3
ore, iar rezultatul scris in cel mult 24 de ore.

PREZENTA UNUI PACEMAKER ESTE O
CONTRAINDICATIE ABSOLUTA PENTRU EXAMINARE!!!

**) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi
ST

B) FISA DE SOLICITARE EXAMEN CT

T

UNITATEA SANITARA Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:
Sef departament URGENTA: DA/NU
.....

FISA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ tinta/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon
2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg
 4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU Programare examen CT
 Alte case Data:
 Ora:

5. Internat DA/NU -
 Sectia nr. FO Substanta contrast: DA*/...../NU

6. S-au epuizat celelalte metode *) Se va aplica semnatura si parafa
 de diagnostic: medicului de specialitate radiologie
 si imagistica medicala
 Precizari:

DA/NU

7. Dq. trimitere Observatii CT stabilit.....

8. Date clinice si paraclinice
 care sa justifice explorarea CT:

.....

9. Examen CT anterior: DA/NU

10. Toleranta la substanta iodata:
 DA/NU

Trimis de (spital, clinica)
 Medic solicitant Data:

Semnatura si parafa medicului
 solicitant

Aviz sef sectie solicitanta cu
 asumarea responsabilitatii*):
 (semnatura si parafa)

Pentru URGENTE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant
 in 1 - 2 ore, iar rezultatul scris in 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul
 va fi disponibil in 24 ore.

 *) numai pentru asiguratii internati prin spitalizare continua sau de zi
 ST

C) FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

T
 UNITATEA SANITARA Tel.:
 DEPARTAMENTUL Fax:

 Sef departament URGENTA: DA/NU

FISA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat
 Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDETEANA DA/NU Programare examen scintigrafic
 Alte case Data:
 Ora:

5. Internat DA/NU -
 Sectia nr. FO

6. S-au epuizat celelalte metode
 de diagnostic: Precizari*):

.....

DA/NU

7. Dq. trimitere Diagnostic scintigrafic stabilit

8. Date clinice si paraclinice
 care sa justifice explorarea
 *) Sarcina reprezinta contraindicatie
 de efectuare a examenului scinti-
 grafic

Aviz sef sectie solicitanta cu
asumarea responsabilitatii*):
(semnatura si parafa)

Pentru urgente, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant
in 1- 2 ore, iar rezultatul scris in maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri,
rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant in 12 ore, iar rezultatul
scris in 24 ore.

SEMNATURA SI PARAFA MEDICULUI CARE A EFECTUAT INVESTIGATIA

NOTA la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN scintigrafie si angiografie sa fie decontate
de casele de asigurari de sanatate, fisele de solicitare pentru aceste
investigatii trebuie sa contina toate datele solicitate conform modele lor.

In caz contrar nu se deconteaza serviciile respective.

ST

ANEXA 19

Durata optima de spitalizare/sectii valabila pentru toate
categoriile de spitale, stabilita de comisiile de specialitate ale
Ministerului Sanatatii Publice

T

3 Sectia sau compartimentul	3 Durata optima
3 de spitalizare	3
3 (zile)	3
3 1. Anestezie si Terapie Intensiva - ATI	3 5 3
3 2. Recuperare, Medicina fizica si Balneologie	3 12 3
3 3. Boli infectioase	3 10 3
3 4. Cardiologie	3 8,70 3
3 5. Chirurgie generala	3 7 3
3 6. Chirurgie pediatria	3 4 3
3 7. Chirurgie cardiovasculara	3 9 3
3 8. Chirurgie vasculara	3 7 3
3 9. Chirurgie toracica	3 9 3
3 10. Chirurgie maxilo-faciala	3 5 3
3 11. Chirurgie plastica - microchirurgie 3 reconstructiva*)	3 7 3
3 12. Cronici	3 14 3
3 13. Dermato-venerologie	3 7 3
3 14. Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	3 6,5 3
3 15. Endocrinologie	3 7 3
3 16. Pneumoogie - TBC	3 40 3
3 17. Pneumologie	3 12 3
3 18. Gastro-enterologie	3 6 3
3 19. Ginecologie	3 4,5 3
3 20. Hematologie	3 9 3
3 21. Medicina generala	3 7 3
3 22. Medicina interna	3 8 3
3 23. Nefrologie	3 8 3
3 24. Neurochirurgie	3 7 3

325. Neurologie	3	9,5	3
326. Neuropsihiatrie	3	14	3
327. Nevroze	3	14,12	3
328. Neonatologie	3	5	3
329. Obstetrica	3	5	3
330. Obstetrica-ginecologie	3	5	3
331. Oftalmologie	3	5	3
332. Oncologie medicala	3	7	3
333. Otorinolaringologie - O.R.L.	3	6	3
334. Ortopedie si traumatologie	3	9,3	3
335. Pediatrie	3	7	3
336. Neonatologie - prematuri	3	16,5	3
337. Psihiatrie acuti	3	17	3
338. Psihiatrie cronici	3	50	3
339. Reumatologie	3	10	3
340. Urologie	3	8,5	3
341. Geriatrie si gerontologie	3	14	3
342. Alergologie si imunologie clinica	3	8	3
343. Toxicologie	3	5	3
344. Toxicodependenta	3	21	3
345. Alte specialitati medicale	3	5	3

*) Pentru sectiile de arsi,durata optima de spitalizare este de 14 zile.
ST

NOTA:

1. La spitalele/sectiile de psihiatrie cronici, pentru internarile obligatorii pentru bolnavii psihici incadrati la art. 105, 113 si 114 din Codul penal si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, precum si pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate in anul precedent.
2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii Bucuresti, Centrul de Patologie Neuromusculara @Dr. Radu Horia` Valcele, judetul Covasna, Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie @Gura Ocniței , judetul Dambovita, si Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie @Dezna` , judetul Arad, durata optima de spitalizare este de 30 de zile.
3. La spitalele/sectiile aferente pozitiei nr. 2 din tabel durata optima de spitalizare pentru recuperare pediatrica - distrofici si patologii posttraumatice sau neurologice de tip infirmitate motorie cerebrala pediatrica este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicala, alta decat cea de medicina fizica si balneologie, este de 21 de zile, cu exceptia cazurilor complexe dupa interventii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate si cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multipla, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optima de spitalizare este de 30 de zile.
4. Pentru Spitalul de Cardiologie Covasna, durata optima de spitalizare este de 16 zile.

ANEXA 20

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitalicesti

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate....., cu sediul in municipiul/orasul....., str. nr....., judetul/sectorul....., telefon....., fax....., reprezentata prin presedinte - director general....., si

Spitalul (sau alta unitate sanitara cu paturi autorizata si evaluata pentru acordarea de servicii medicale spitalicesti)....., cu sediul in..... str..... nr....., telefon fax....., reprezentat prin....., avand actul de infiintare sau de organizare nr....., autorizatia sanitara de functionare nr....., dovada de evaluare nr....., codul unic de inregistrare..... si contul nr..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr..... deschis la Banca....., dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor,

cat si pentru personalul medico-sanitar angajat valabila pe toata durata derularii contractului nr..... lista de servicii medicale care nu pot fi efectuate in ambulatoriu si impun internarea; lista materialelor sanitare si a denumirilor comune internationale - DCI, cu mentionarea care DCI-uri pot fi recomandate pacientilor internati, care dintre acestea pot fi prescrise de orice medic din spitalul respectiv si care DCI-uri pot fi prescrise cu aprobarea medicului sef de sectie sau cu aprobarea consiliului medical.

II. Obiectul contractului

ART. 1

(1) Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor medicale in asistenta medicala spitaliceasca in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

(2) Activitatile suplimentare si alte obligatii de plata din partea caselor de asigurari de sanatate sunt prevazute in actele aditionale la prezentul contract.

III. Servicii medicale spitalicesti

ART. 2

(1) Serviciile medicale spitalicesti se acorda pe baza recomandarii de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate si a medicilor din unitatile de asistenta medico-sociala care au incheiat conventii cu casele de asigurari de sanatate in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate, cu exceptia urgentelor medico-chirurgicale, bolilor cu potential endemo-epidemic care necesita izolare si tratament, internarilor obligatorii pentru bolnavii psihici prevazuti la art. 105, 113 si 114 din Codul penal, precum si cele dispuse prin ordonanta procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale.

(2) Aceste servicii constau in:

- a) consultatii;
- b) investigatii;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale si/sau chirurgicale;
- e) ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor in situatia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

ART. 5

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor de catre furnizorii de servicii medicale, in conformitate cu reglementarile in vigoare, la externarea asiguratilor;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- g) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- k) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta in baza facturii si a documentelor insotitoare, cu incadrarea in sumele negociate si contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate pe baza facturii si a documentelor insotitoare;
- l) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;
- m) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

ART. 6

Furnizorul de servicii medicale spitalicesti are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile art. 238 si <LLNK 12006 95 10 202 239 30>art. 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament;
- b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;

anul 2007**)

C1	C2	C3	C4	C5 = C2 X C3 X C4
TOTAL				

ST

*) Indicele de case-mix pentru anul 2006 este prezentat in anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

**) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2007 este prezentat in anexa nr. 17 a) la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

b) Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti acordate in spitalele de cronici si de recuperare precum si pentru sectiile si compartimentele de cronici, de recuperare si neonatologie - prematuri (de sine statatoare, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice in structura spitalelor) din alte spitale, care se stabileste astfel:

Sectia	Nr. cazuri	Durata optima de	Tarif pe zi de	Suma
externe	spitalizare sau	spitalizare		
	dupa caz durata de			
	spitalizare efec-			
	tiv realizata*)			
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 X C3 X C4
TOTAL				

ST

*) Durata optima de spitalizare este prezentata in anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

Suma aferenta serviciilor medicale paliative se stabileste astfel:
 Numar paturi x numar de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat si este de lei

c) Suma pentru serviciile medicale spitalicesti acordate pentru afectiuni acute in spitale, altele decat cele prevazute in anexa nr. 17 a) la ordin, precum si pentru servicii medicale spitalicesti acordate in sectiile si compartimentele de acuti (de sine statatoare aprobate prin ordin al ministrului sanatatii publice in structura spitalelor) din spitalele de cronici si de recuperare, care se stabileste astfel:

Sectia	Nr. cazuri	Tarif mediu pe	Suma
externe	caz rezolvat		
C1	C2	C3	C4 = C2 X C3
TOTAL			

ST

d) Suma aferenta serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate in regim de spitalizare de zi, care se stabileste astfel:

Numarul de servicii	Tariful pe caz rezolvat	Suma
medicale, contractate,	/ serviciu medical	Suma corespunzatoare
pe tipuri	negociat	serviciilor contractate
C1	C2	C3 = C1 X C2
TOTAL	X	

AA
ST

(2) Suma stabilita pentru serviciile spitalicesti pe anul 2007 este de lei.

(3) Suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti contractate stabilita pentru anul 2007 se defalcheaza trimestrial dupa cum urmeaza:

- Suma aferenta trimestrului I lei,
din care:
 - luna I..... lei
 - luna II..... lei
 - luna III..... lei
- Suma aferenta trimestrului II..... lei,
din care:
 - luna IV lei
 - luna V lei
 - luna VI..... lei
- Suma aferenta trimestrului III..... lei,
din care:
 - luna VII..... lei
 - luna VIII..... lei
 - luna IX lei
- Suma aferenta trimestrului IV lei,
din care:
 - luna X..... lei
 - luna XI..... lei
 - luna XII..... lei.

(4) Lunar, pana la data de a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale spitalicesti acordate asiguratilor, in baza facturii si a desfasuratoarelor activitatilor realizate, in limita sumelor contractate si conform indicatorilor specifici. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare.

(5) Trimestrial, pana la data de a lunii urmatoare incheierii trimestrului, se fac regularizarile si decontarile, tinandu-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati.

(6) Casele de asigurari de sanatate deconteaza cazurile externate din sectiile de boli profesionale pentru care nu s-a confirmat caracterul de boala profesionala in conditiile respectarii criteriilor de internare prevazute la art. 57 alin. (4) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si in conditiile in care cazurile externate sunt persoane asigurate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Casele de asigurari de sanatate nu deconteaza mai mult de 30% din cazurile externate din aceste sectii.

(7) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate atrage dupa sine diminuarea valorii de contract dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara;

Odata cu prima constatare casele de asigurari de sanatate prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate anunta Ministerul Sanatatii Publice despre situatiile respective in vederea luarii masurilor ce se impun.

ART. 8

Plata serviciilor medicale spitalicesti se face in contul nr. deschis la Trezoreria statului sau in contul nr..... deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 9

Serviciile medicale furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 10

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

ART. 11

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate, in caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauza speciala

ART. 12

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, modificarea si suspendarea contractului

ART. 13

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, se modifica in sensul suspendarii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

- a) o sectie sau unele sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;
- b) retragerea, la nivelul sectiei/sectiilor, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar;
- c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 14

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) furnizorul de servicii medicale se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului cu indicarea temeiului legal.

ART. 15

Situatiile prevazute la art. 13 si la art. 14 lit. b) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate. Situatiile prevazute la art. 14 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 16

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarile survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 17

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cei putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

ART. 18

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractata poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate cu destinatia de servicii medicale spitalicesti, inclusiv medicamente in spital, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale, precum si prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 19

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca expira termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare / documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 20

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instanțelor de judecata.

ART. 21

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicesti in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat astazi....., in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Presedinte - Director general,	Manager,
.....

Director executiv al Directiei Management si Economica	Directorul medical,
.....

acut si/sau soc hipovolemic, traumatisme de bazin cu fractura de bazin sau ruptura de vezica urinara ori ureter, traumatisme de perineu si/sau de organe genitale cu soc hipovolemic);

6. Fracturi deschise ale membrilor cu afectarea pachetului vasculonervos;
7. Plagi cu hemoragie masiva;
8. Hemoragii interne exteriorizate, masive, cu semne de soc hipovolemic (epistaxis, hematemeza, hemoptizie, hematurie, metroragie, melena, rectoragie);
9. Amputatii de diferite segmente;
10. Arsuri termice de gradele 1 si 2, mai mari de 10% din suprafata corporala, si arsuri termice de gradele 3 si 4, indiferent de suprafata;
11. Arsuri chimice;
12. Arsuri electrice;
13. Accident cerebrovascular acut;
14. Tulburari paroxistice de ritm;
15. Bloc atrioventricular de gradul 3;
16. Criza de hipertensiune arteriala cu complicatii (edem pulmonar acut, encefalopatie hipertensiva);
17. Insuficienta respiratorie acuta (hipoxia hipoxica, hipoxia respiratorie - corp strain in caile aeriene superioare, edem laringian, astmul acut grav, bronhopneumonia, pleurezii cu lichid masiv, hipoxia cardiaca, socul cardiogen, edem pulmonar acut, hipoxia anemica severa cu hemoglobina sub 7 g/dL;
18. Embolie pulmonara;
19. Sincope;
20. Lipotimii;
21. Come;
22. Abdomen acut;
23. Pancreatita acuta;
24. Septicemie;
25. Meningita la copii;
26. Encefalita;
27. Deshidratare severa;
28. Soc hipotermic;
29. Tentative de suicid;
30. Intoxicatii involuntare;
31. Supradozare droguri;
32. Convulsii;
33. Inec;
34. Electrocutare;
35. Viol;
36. Coagulopatii (trombocitopenii, hemofilii, epistaxis) cu hemoragii masive;
37. Sindrom de coagulare intravasculara diseminata;
38. Insuficienta renala acuta;
39. Sarcina ectopica rupta;
40. Avort complicat cu infectie sau cu soc hemoragie;
41. Placenta praevia;
42. Apoplexie uteroplacentara;
43. Ruptura uterina;
44. Eclampsie si preeclampsie;
45. II P - multipara, contractii uterine dureroase, membrane rupte;
46. LVII contractii uterine dureroase;
47. Atac de glaucom;
48. Stari depresive severe;
49. Stari halucinante delirante;
50. Stari confuzionale;
51. Starea stuporoasa;
52. Ischemie acuta periferica;
53. Starile de inconstienta;
54. Dispneea;
55. Durerea toracica anterioara;
56. Tulburarile de conducere cu afectarea functiei de pompa;
57. Starile febrile la nou-nascut, sugar si copil mic;
58. Solicitarile pentru cazurile preluate din locurile publice;
59. Intepatura de insecte sau muscatura de sarpe, cu stare generala alterata;
60. Malformatii congenitale ale nou-nascutului cu afectarea functiilor vitale

B. Lista cuprinzand urgentele medico-chirurgicale de gradul 2 decontate de casele de asigurari de sanatate ca suspiciune a urmatoarelor stari morbide:

1. Angina pectorala (in afara de angina instabila);
2. Entorse;
3. Luxatii;
4. Fracturi inchise ale membrilor si fara leziuni ale pachetului vasculonervos;
5. Reumatism articular acut in criza;
6. Sindroame de compresie si/sau iritatie radiculara (nevralgia cervicobrahiala, lombalgie si lombosciatica) in faza acuta;
7. Artrite septice;
8. Arsuri termice de gradele 1 si 2, sub 10% din suprafata corpului, cu localizari care fac imposibila deplasarea;
9. Hemoragii interne exteriorizate, fara semne de soc hipovolemic;
10. Ischemie cerebrala tranzitorie;
11. Criza de hipertensiune arteriala fara complicatii;
12. Tromboflebita acuta;
13. Arterita, fara sindromul de ischemie periferica acuta;
14. Corpi straini intraoculari, in nas, faringe, fara dispnee, la copii, corpi straini auriculari la copii pana la 3 ani;

15. Insuficienta cardiaca decompensata;
16. Colica biliara, renala, abdominala;
17. Sindrom subocluziv;
18. Hernii strangulate fara abdomen acut;
19. Apendicita acuta fara abdomen acut;
20. Anurie;
21. Retentie de urina;
22. Meningita la adulti, holera, difterie, tetanos, botulism, boala renala cu stare generala alterata;
23. Agitatie psihomotorie sau catatonica;
24. Politraumatisme minore;
25. Avort necomplicat;
26. Diabet zaharat decompensat;
27. Primipara contractii uterine dureroase, sarcina pana in luna a VII-a cu contractii uterine dureroase;
28. Stare febrila cu alterarea starii generale;
29. Afectiuni reumatologice cronice confirmate in puseu inflamator, cu deficit motor al membrelor inferioare;
30. Ciroza hepatica decompensata.

Pentru urgentele medico-chirurgicale de gradul 2 din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitara, casele de asigurari de sanatate pot contracta si cu furnizorii privati, consultatii de urgenta la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

C. Tipurile de transport decontate de casele de asigurari de sanatate:

I. Transport medical asistat al pacientilor:

1. Transportul urgentelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgentelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgentelor aparute ca urmare a actiunii agentilor fizici, chimici, naturali (arsuri, inec, inghet), cu exceptia accidentelor de munca;
5. Transportul urgentelor ginecologice, obstetricale si al gravidei in vederea nasterii;
6. Transportul accidentatilor in urma unor accidente de circulatie;
7. Transportul victimelor care apar in urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri in conditii corespunzatoare de la locul de nastere la unitatile sanitare de specialitate si de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigatii al persoanelor nedepasabile: asiguratii de orice varsta cu insuficienta motorie a trenului inferior din orice cauza, insuficienta cardiaca clasa IV-NIHA, bolnavi in faza terminala numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
10. Transportul la spital al nou-nascutului si al leuzei care a nascut la domiciliu;
11. Transportul pacientilor internati, transferati la un alt spital;

II. Transport sanitar:

12. Transportul de sange si derivate, tesuturi si organe precum si transportul primitorului in vederea efectuarii transplantului in conditii de urgenta de la furnizor/domiciliu catre unitatea spitaliceasca;
13. Transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului in conditiile prevazute de lege, cu exceptia situatiilor de suspiciune ce necesita expertiza medico-legala;
14. Transportul echipajului de consultatii de urgenta la domiciliu

III. Transport sanitar neasistat al pacientilor:

15. Transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani, in vederea efectuarii dializei in unitatile sanitare situate in alte judete decat cel de domiciliu al copilului, de la si la domiciliu; transportul copiilor dializati cu varsta cuprinsa intre 0 - 18 ani se efectueaza in baza contractelor incheiate intre casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ - teritoriala isi au domiciliul copii dializati si unitatile medicale specializate aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate din judetul de domiciliu.
16. Externarea bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate in aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major; asiguratii care necesita transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport conventionale, pot fi transportati inclusiv in alt judet, cu avizul casei de asigurari de sanatate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a incheiat contract;
17. Transportul de la si la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majora in vederea efectuarii transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurari de sanatate unitatilor specializate in efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevazute la pct. 14, 15, 16 si 17, cu conditia ca acestea sa indeplineasca criteriile de autorizare prevazute de reglementarile Ministerului Sanatatii Publice, precum si cele de evaluare.

CAP. 2

Pachet minimal de servicii medicale in asistenta medicala de urgenta si transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calitatii de asigurat beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap, I lit. A, B si C.

CAP. 3

Pachet de servicii medicale in asistenta medicala de urgenta si transport sanitar pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate

Persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. A, B si C.

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATA A SERVICIILOR MEDICALE DE URGENTA

SI TRANSPORT SANITAR

ART. 1

Serviciile medicale de urgenta si transport sanitar prevazute in pachetul de servicii de baza, in pachetul minimal de servicii medicale si in pachetul de servicii pentru persoanele care se asigura facultativ pentru sanatate cuprinse in anexa nr. 21 la ordin se asigura pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea in vedere urmatoorii indicatori cantitativi:

- numarul de kilometri echivalenti pentru mediul urban, numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural, numarul de mile marine sau numarul de ore de zbor;
- numarul de solicitari.

ART. 2

(1) Suma contractata de catre casele de asigurari de sanatate cu unitatile medicale specializate publice autorizate si evaluate se stabileste astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractata este egala cu numarul de kilometri echivalenti (dus-intors) pentru mediul urban si numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural estimati a fi parcursi inmultit cu tariful pe kilometru parcurs negociat intre furnizori si casele de asigurari de sanatate. Acest tarif se stabileste in limita tarifului maxim decontat de casele de asigurari de sanatate prevazut la art. 8 astfel incat la unitatile la care se inregistreaza timpi de asteptare mai ridicati, respectiv distante parcurse mai mici, sa se acorde tarife pe kilometru spre limita maxima, in vederea acoperirii cheltuielilor aferente timpului de asteptare.

Pentru serviciile de transport aerian si pe apa, suma contractata se calculeaza pe baza numarului de ore de zbor, respectiv a numarului de mile marine estimat, inmultit cu tariful negociat pe ora de zbor, respectiv pe mila marina.

b) pentru serviciile medicale de urgenta - solicitari, suma contractata este egala cu numarul de solicitari estimate inmultit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de interventie/transport aerian si mijloace de interventie/transport pe apa se negociaza intre casele de asigurari de sanatate si furnizori, avandu-se in vedere toate cheltuielile necesare acordarii serviciilor medicale, cu exceptia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducatorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru intretinerea si repararea mijlocului de transport). La negocierea tarifului pe solicitare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de asteptare, casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere si frecventa solicitarilor. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial in raport de evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate pentru aceasta destinatie.

Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevazut la art. 7, se negociaza intre casele de asigurari de sanatate si furnizori avandu-se in vedere toate cheltuielile necesare acordarii serviciilor medicale, cu exceptia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducatorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru intretinerea si repararea mijlocului de transport).

Tariful pe solicitare negociat va avea in vedere si frecventa solicitarilor, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de asteptare. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial in raport de evaluarea trimestriala a indicatorilor efectiv realizati, in limita sumelor aprobate pentru aceasta destinatie.

(2) Suma contractata de casele de asigurari de sanatate cu unitatile specializate autorizate si evaluate in efectuarea unor servicii de transport se stabileste astfel:

Suma contractata este egala cu numarul de kilometri echivalenti (dus-intors) pentru mediul urban si numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural estimati a fi parcursi inmultit cu tariful pe kilometru parcurs negociat intre furnizori si casele de asigurari de sanatate. Acest tarif se stabileste in limita tarifului maximal decontat de casele de asigurari de sanatate prevazut la art. 8, astfel incat la unitatile la care se inregistreaza timpi de asteptare mai ridicati, respectiv distante parcurse mai mici, sa se acorde tarife pe kilometru spre limita maxima, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de asteptare.

ART. 3

Medicul din cadrul unitatilor medicale specializate publice care acorda servicii medicale de urgenta si transport medical, elibereaza certificate de concediu medical si prescriptii medicale cu si fara contributie personala din partea asiguratilor, cu respectarea prevederilor legale in vigoare.

Prescriptiile medicale se acorda numai pentru afectiuni acute si numai pentru o perioada de pana la 72 de ore la sfarsit de saptamana, respectiv vineri, sambata, duminica, precum si in zilele de sarbatori legale, numai ca urmare a serviciului medical de urgenta acordat. In perioada sfarsitului de saptamana, respectiv in zilele de vineri, sambata, duminica si in zilele de sarbatori legale medicul care acorda servicii medicale de urgenta poate elibera certificate constatatoare de deces in conditiile prevazute de lege, cu exceptia situatiilor de suspiciune ce necesita expertiza medico-legala.

ART. 4

Suma contractata anual de catre unitatile medicale specializate publice si unitatile specializate autorizate si evaluate, cu casele de asigurari de sanatate se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

ART. 5

(1) Decontarea serviciilor medicale de urgenta si de transport sanitar se face lunar, in raport cu numarul efectiv de kilometri echivalenti parcursi pentru mediul urban si cu numarul de kilometri realizati pentru mediul rural, mile marine efectiv parcurse, respectiv ore de zbor, si tarifele negociate, precum si cu numarul efectiv de solicitari si tarifele negociate pe solicitare, in limita sumelor contractate. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv avand in vedere incadrarea in sumele contractate.

(2) In situatia in care, la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor echivalenti parcursi pentru mediul urban, numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numarul total al milelor marine parcurse, respectiv numarul total al orelor de zbor, realizate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat numarul contractat, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% fata de cel contractat) numai daca depasirea este justificata, cu incadrarea in suma aferenta serviciilor medicale de urgenta si de transport sanitar aprobata pentru aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(3) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor echivalenti parcursi pentru mediul urban, numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numarul total al milelor marine parcurse, respectiv numarul total al orelor de zbor, realizate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul contractat, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora.

(4) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul solicitarilor rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate pot deconta numarul solicitarilor rezolvate numai daca depasirea este justificata, (dar nu mai mult de 21% fata de solicitarile contractate) cu incadrarea in suma aferenta serviciilor medicale de urgenta si de transport sanitar aprobata pentru aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(5) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul solicitarilor rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate deconteaza la nivelul numarului de solicitari rezolvate si la tariful negociat.

(6) Lunar, casele de asigurari de sanatate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgență și transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

ART. 6

Serviciile de transport al asiguraților, în vederea efectuării dializei în centrele-pilot, precum și serviciile de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al copilului, de la și la domiciliu, se contractează și se decontează distinct din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializa și dializa peritoneală, cu respectarea tuturor condițiilor de contractare și decontare aferente celorlalte servicii de transport sanitar.

ART. 7

Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

a) ambulanța tip C - ambulanța destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanța tip B - ambulanța destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;

c) ambulante tip A1, A2 - ambulante destinate transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau al mai multor pacienți (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) mijloace de intervenție/transport aerian - aeronave pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;

f) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare;

ART. 8

Tarifele maxime decontate de casele de asigurari de sanatate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

T

a) ambulanța tip C și ambulanța tip B 139 lei

b) ambulanța tip A1 și A2 135 lei

c) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat 0,89 lei

ST

Tarifele de la lit. a) - c) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

ART. 9

Casele de asigurari de sanatate și autoritățile de sanatate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de urgență și transport sanitar, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor aparute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale de urgență
și transport sanitar

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate cu sediul în municipiul/orasul, str. nr. județul/sectorul, telefon fax reprezentată prin președinte - director general.....,

și

- Unități medicale specializate publice pentru acordarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar,

- Unitate specializată în efectuarea unor servicii de transport sanitar cu sediul în, str. nr., telefon fax reprezentat prin: având act de înființare/organizare nr. autorizația sanitară de funcționare nr. / raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sanatate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege, dovada de evaluare nr. codul unic de înregistrare, contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă pe toată perioada derulării contractului

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgență și transport sanitar din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34> Hotărârea Guvernului nr. 1842/2006 și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgență și transport sanitar furnizate

ART. 2

Serviciile medicale furnizate în asistența medicală de urgență și transport sanitar sunt: servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii, transportul până la unitatea sanitară, servicii de transport sanitar.

ART. 3

Serviciile medicale de urgență și transport sanitar se asigură în mod continuu 24 de ore din 24, inclusiv în zilele de repaus săptămânal și în zilele de sărbătoare legală.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor in situatia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu unitati medicale specializate publice/unitatile specializate, autorizate si evaluate si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor precum si valoarea de contract;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar-contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor de catre unitatile medicale specializate publice in conformitate cu reglementarile in vigoare;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de urgenta si transport sanitar, la termenele prevazute in prezentul contract, contravaloarea serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar contractate, efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat" pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale.
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale de urgenta si transport sanitar, asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale de urgenta si transport sanitar asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar acordate asiguratilor conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale de urgenta si transport sanitar;
- j) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- k) sa deconteze unitatilor medicale specializate publice/unitatilor specializate in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenta si a serviciilor de transport sanitar acordate asiguratilor in luna precedenta, in baza facturii si a documentelor insotitoare, cu incadrarea in sumele negociate si contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate pe baza facturii si a documentelor insotitoare;
- l) sa deconteze unitatilor medicale specializate publice/unitatilor specializate serviciile medicale de urgenta si transport sanitar acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale de urgenta si transport sanitar are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar furnizate, in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament;
- b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, pachetul minimal de servicii medicale si pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligatiile furnizorului de servicii medicale de urgenta si transport sanitar in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar; factura va fi insotita de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european si pentru cetatenii statelor cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare;
- f) sa completeze corect si la zi toate documentele privind evidentele obligatorii din sistemul informational al Ministerului Sanatatii Publice cu datele corespunzatoare activitatii desfasurate;
- g) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- h) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;
- i) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului, conform specializarii si in concordanta cu diagnosticul;
- j) sa nu refuze acordarea asistentei medicale in caz de urgenta medicoTMchirurgicala ori de cate ori se solicita;
- k) sa acorde servicii medicale de urgenta si transport sanitar asiguratilor fara discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;

- l) sa acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide;
- m) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;
- n) sa solicite documentele care atesta calitatea de asigurat, dupa caz;
- o) sa respecte protocoalele de practica elaborate conform dispozitiilor legale
- p) sa acorde ingrijiri medicale de urgenta si transport sanitar, in caz de boala sau accident, din momentul solicitarii sau de la locul accidentului si pana la rezolvarea starii de urgenta, in limita competentelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale in vigoare;
- q) sa asigure prezenta personalului medicoTMsanitar, conform legii;
- r) sa informeze unitatea sanitara la care transporta pacientul despre investigatiile si tratamentele efectuate;
- s) sa elibereze adeverinte medicale de urgenta, certificate constatatoare de deces, prescriptii medicale, dupa caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;
- t) sa asigure servicii medicale de urgenta utilizand mijlocul de transport adecvat si echipamentul corespunzator situatiei respective;
- u) sa introduca monitorizarea apelurilor;
- v) sa raporteze lunar in format electronic casei de asigurari de sanatate, la nivelul careia functioneaza "sistemul informatic unic integrat", denumirile comune internationale din lista medicamentelor cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu, pe CNP;
- x) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;
- y) sa utilizeze sistemul informatic unic integrat. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemul informatic unic integrat caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor.

VI. Modalitati de plata

ART. 8

Plata serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar se face pe baza urmatoarelor indicatori:

- a) numar de km echivalenti parcursi (dus-intors) in mediul urban;
- b) numar de km efectiv realizati in mediul rural;
- c) numar de ore de zbor;
- d) numar de mile marine parcurse;
- e) tarif negociat pe km parcurs/mila parcursa/ora de zbor;
- f) numar de solicitari;
- g) tarif pe solicitare negociat.

Suma contractata pentru serviciile de transport:

T

Tipul auto-vehiculului	Numar de km echivalenti in mediul urban (estimati)	Numar de km realizati in mediul rural (estimati)	Tarif/km negociat*)	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC4+C3xC4
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
Total:		X		AAAAAA

Tipul ambarcatiunii	Numar de mile marine parcurse	Tarif/mila marina negociat	Suma
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
Total:		X	AAAAAA

Tipul aeronavei	Numar de ore de zbor	Tarif/ora de zbor negociat	Suma
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
Total:		X	AAAAAA

AAAAAA

Tipuri/ mijloace specifice de interventie	Nr. solicitari pe tip de mijloc specific de interventie	Tarif/solicitare negociat	Suma contractata
C1	C2	C3	C4=C2xC3
Total:			

*) Tariful/km negociat pe fiecare tip de autovehicul nu poate fi mai mare decat tariful/km echivalent respectiv realizat in mediul rural, prevazut in anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ST

Decontarea serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar se face conform art. 5 - 6 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 9

Suma contractata aferenta serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar se defalcheaza pe trimestre si pe luni.

ART. 10

(1) Lunar, pana la data de a lunii urmatoare celei pentru care se face plata, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar in baza facturii si a desfasuratorului, in limita sumelor contractate.

(2) Lunar, casa de asigurari de sanatate alocata pana la data de 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face plata sumele corespunzatoare serviciilor medicale de urgenta si a serviciilor de transport sanitar acordate asiguratilor in luna precedenta, conform indicatorilor specifici, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare.

(3) Trimestrial, pana la data de a lunii urmatoare incheierii trimestrului se fac regularizarile si decontarile, tinandu-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractati.

(4) In situatia in care, la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor echivalenti parcursi pentru mediul urban, numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numarul total al milelor marine parcurse, respectiv numarul total al orelor de zbor, realizate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat numarul contractat, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% fata de cel contractat) numai daca depasirea este justificata, cu incadrarea in suma aferenta serviciilor medicale de urgenta si de transport sanitar aprobata pentru aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(5) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul total al kilometrilor echivalenti parcursi pentru mediul urban, numarul de kilometri efectiv realizati pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), numarul total al milelor marine parcurse, respectiv numarul total al orelor de zbor, realizate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul contractat, casele de asigurari de sanatate deconteaza nivelul realizat al acestora.

(6) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul solicitarilor rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mare decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate pot deconta numarul solicitarilor rezolvate numai daca depasirea este justificata (dar nu mai mult de 21% fata de solicitarile contractate), cu incadrarea in suma aferenta serviciilor medicale de urgenta si de transport sanitar aprobata pentru aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate.

(7) In situatia in care la regularizarea trimestriala, numarul solicitarilor rezolvate de la inceputul anului pana la sfarsitul trimestrului respectiv este mai mic decat numarul solicitarilor contractate, casele de asigurari de sanatate deconteaza la nivelul numarului de solicitari rezolvate si la tariful negociat.

ART. 11

Plata serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar se face in contul nr. deschis la Trezoreria statului sau in contul nr. deschis la Banca la data de

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 12

Serviciile medicale de urgenta si transport sanitar furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate elaborate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 13

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza dauneTMinterese,

ART. 14

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenta si transport sanitar cu care casa de asigurari de sanatate a incheiat contract este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauza speciala

ART. 15

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea si rezilierea contractului

ART. 16

Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor medicale specializate prevazute in prezentul contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate atrage dupa sine diminuarea valorii prezentului contract dupa cum urmeaza:

- a) la prima constatare cu 1% din valoarea de contract aferenta lunii respective;
- b) la a doua constatare cu 3% din valoarea de contract lunara;
- c) la a treia constatare cu 5% din valoarea de contract lunara.

ART. 17

Contractul de furnizare de servicii medicale de urgenta si transport sanitar incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) furnizorul de servicii medicale de urgenta si transport sanitar se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenta si transport sanitar sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

ART. 18

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

- a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;
- b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 19

Situatiile prevazute la art. 16 si la art. 17 lit. b) se constata de catre casa de asigurari de sanatate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

XI. Corespondenta

ART. 20

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

ART. 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional, semnat de ambele parti, si este anexa a acestui contract.

ART. 22

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondurilor aprobate asistentei medicale de urgenta si transport sanitar, avandu-se in vedere criteriile de contractare a sumelor initiale.

ART. 23

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

Daca expira termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare / documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare / documentului similar pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 24

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instantelor de judecata.

ART. 25

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de urgenta si transport sanitar in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
DE URGENTA SI TRANSPORT SANITAR

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Directiei
Management si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 24

PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZA PENTRU
INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

T

- LEI -

Nr.	SERVICIU DE INGRIJIRE MEDICALA LA DOMICILIU	TARIF
1.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: temperatura + respiratie	1,15
2.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: puls + TA	1,15
3.	Monitorizarea parametrilor fiziologici: diureza + scaun	0,84
4.	Administrarea medicamentelor intramuscular*/subcutanat*/ intradermic*/oral**/pe mucoase**	2,40
5.	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*	3,80
6.	Sondaj vezical la femei si administrarea medicamentelor intravezical pe sonda vezicala	3,14
7.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasa sub supravegherea medicului*	8,67
8.	Recoltarea produselor biologice	3,14
9.	Alimentarea artificiala pe gastrostoma/sonda gastrica si educarea asiguratului/apartinatorilor	4,70
10.	Alimentarea pasiva, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburari de deglutitie	5,54
11.	Clisma cu scop evacuator	2,82
12.	Spalatura vaginala in cazuri de deficit motor	2,82
13.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit; mobilizare, masaj, aplicatii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc si a rulourilor	6,27

14. Manevre terapeutice pentru evitarea complicatiilor pulmonare:	
schimbarea pozitiei, tapotaj, fizioterapie respiratorie	5,54
AA	
15. Ingrijirea plagilor simple/suprimarea firelor	5,54
AA	
16. Ingrijirea plagilor suprainfectate	7,84
AA	
17. Ingrijirea escarelor multiple	7,84
AA	
18. Ingrijirea stomelor	4,70
AA	
19. Ingrijirea fistulelor	5,54
AA	
20. Ingrijirea tubului de dren	4,70
AA	
21. Ingrijirea canulei traheale si instruirea asiguratului	4,70
AA	
22. Monitorizarea dializei peritoneale	4,70
AA	
23. Aplicarea** de plosca, bazinet, condom urinar	3,14
AA	
24. Aplicarea de mijloc ajutator pentru absorbtia urinei***	5,00
AA	

* In afara injectiilor si perfuziilor cu produse de origine umana.
** Pentru pacientii total dependenti sau partial dependenti.
*** In tariful serviciului este inclus costul mijlocului ajutator pentru absorbtia urinei. Se deconteaza maximum 2 mijloace ajutatoare pentru absorbtia urinei/zi pentru asiguratii total dependenti sau partial dependenti.
ST

NOTA:
In tarife sunt incluse si costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de ingrijire la domiciliu.

ANEXA 25

MODALITATILE DE PLATA A SERVICIILOR DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

ART. 1

(1) Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu se acorda de catre furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu persoane fizice sau juridice autorizate si evaluate in conditiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de servicii, altii decat medicii de familie si spitalele, care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru servicii de ingrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu se acorda pe baza de recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu, tinand seama de starea de sanatate a asiguratului si de gradul de dependenta al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face de catre medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si de catre medicii de specialitate la externarea asiguratilor din spitale, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prezentat in anexa nr. 27 la ordin, in functie de patologia bolnavului si gradul de dependenta al acestuia. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate recomanda ingrijiri medicale la domiciliu pentru asiguratii aflati in faza terminala ca urmare a unor afectiuni oncologice sau AVC. In functie de gradul de dependenta, bolnavul poate fi:

- a) total dependent - pacientul care nu poate indeplini trei sau mai multe activitati zilnice de baza fara ajutorul altei persoane si are nevoie de ingrijire medicala;
- b) partial dependent - pacientul care nu poate indeplini cel putin doua activitati zilnice de baza fara ajutorul altei persoane si din cauza starii de sanatate are nevoie de ingrijire medicala;
- c) independent - pacientul care indeplineste activitatile zilnice de baza fara ajutorul altei persoane dar care, datorita afectiunii cronice acute, necesita urmatoarele servicii de ingrijire medicala la domiciliu: ingrijirea stomelor, ingrijirea canulei traheale, ingrijirea plagii postoperatorii si tratament parenteral.

(3) Recomandarea pentru ingrijiri medicale la domiciliu se elibereaza in trei exemplare, din care un exemplar ramane la medic. Un exemplar impreuna cu o cerere de acordare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se depun de catre asigurat, de catre unul dintre membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), de o persoana imputernicita de acesta sau apartinatorul legal al acestuia la casa de asigurari de sanatate la care se afla in evidenta asiguratul, iar un exemplar ramane la asigurat, urmand a fi predat furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu care ii va acorda serviciile respective, daca cererea a fost aprobata.

Termenul de valabilitate a recomandarii pentru ingrijiri medicale la domiciliu este de 5 zile calendaristice de la data emiterii acesteia.

(4) Cererea si recomandarea primita de catre casa de asigurari de sanatate sunt analizate de catre aceasta intr-un interval de 24 de ore de la data depunerii si este aprobata in limita sumei prevazute pentru aceasta destinatie. La analiza cererilor si recomandarilor primite, casa de asigurari de sanatate va lua in considerare si gradul de dependenta al asiguratului. Casa de asigurari de sanatate este obligata sa transmita asiguratului prin adresa scrisa, expediata prin posta sau direct asiguratului/apartinatorului, raspunsul la cerere in termen de maximum 24 de ore de la data luarii deciziei. Casa de asigurari de sanatate va verifica si numarul de zile de ingrijiri medicale la domiciliu de care a beneficiat asiguratul respectiv in ultimele 11 luni, astfel incat sa nu se depaseasca numarul de zile prevazut la art. 2 alin. (2).

(5) Asiguratul, unul dintre membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau apartinatorul legal, pe baza cererii aprobate de casa de asigurari de sanatate se adreseaza unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate si care este inclus in lista de furnizori pusa la dispozitie de catre aceasta.

ART. 2

(1) Lista serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si tarifele aferente sunt prezentate in anexa nr. 24 la ordin.
(2) Perioada pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se stabileste de medicul care a facut recomandarea, cu obligativitatea precizarii ritmicitatii/periodicitatii serviciilor, consemnate in formularul "Recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu" dar nu mai mult de 56 zile calendaristice/an in una sau mai multe etape (seturi de ingrijire). Fiecare set nou de ingrijire se recomanda utilizand o noua foaie de recomandare.

ART. 3

Furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu acorda servicii conform unui plan de ingrijiri in conformitate cu recomandarile facute de catre medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si din spital, zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale.

ART. 4

Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu completeaza pentru fiecare asigurat caruia ii acorda servicii o fisa de ingrijire care contine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de ingrijiri medicale acordate, data si ora la care acestea au fost efectuate, semnatura asiguratului, a unuia dintre membrii de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica), a persoanei imputernicite de acesta sau a apartinatorului legal, care confirma efectuarea acestor servicii, semnatura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum si evolutia starii de sanatate.

ART. 5

(1) In baza fiselor de ingrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile medicale acordate in decursul unei luni calendaristice, furnizorul intocmeste factura lunara si desfasuratorul lunar al serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala factura lunara insotita de copiile fiselor de ingrijiri medicale si desfasuratorul in primele 5 zile lucratoare ale lunii urmatoare celei pentru care se face decontarea.

(3) Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face in functie de numarul serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu realizat lunar in limita celor aprobate de casa de asigurari de sanatate pentru fiecare caz aprobat si de tariful pe serviciu de ingrijiri medicale la domiciliu valabil la data emiterii aprobarii.

ART. 6

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial (sau ori de cate ori este nevoie) intalniri cu furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea furnizorilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu aceste prilej.

ANEXA 26

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate, cu sediul in municipiul/orasul str. judetul/sectorul, telefon, fax, reprezentata prin presedinte - director general.....

si

furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu:

reprezentat prin: Certificatul de inregistrare in registrul unic al cabinetelor medicale/actul de infiintare sau organizare nr., cu autorizatie sanitara de functionare nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, dovada de evaluare nr.

Persoana fizica cu dovada de evaluare nr. avand sediul in municipiul/orasul, str. nr., bl., sc., et., ap., judetul/sectorul telefon, cont nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr., deschis la Banca, cod unic de inregistrare cod numeric personal, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat, valabila pe toata durata derularii contractului

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si a normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate

ART. 2

Furnizorul presteaza servicii de ingrijiri medicale la domiciliul asiguratilor, cuprinse in anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007 aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 3

(1) Furnizarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face de catre:

1.
2.
3.

(2) Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurari de sanatate.

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2007.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelunge prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar - contabile a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa deconteze furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevazute in prezentul contract, contravaloarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de copiile fiselor de ingrijiri medicale la domiciliu si de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- d) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functie a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- e) sa monitorizeze numarul serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- f) sa informeze furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu asupra conditiilor de furnizare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- h) sa efectueze controlul serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu acordate asiguratilor, conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;
- i) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- j) sa deconteze furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

B. Obligatiile furnizorului de servicii de ingrijiri la domiciliu

ART. 7

Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament;
- b) sa informeze asiguratii despre serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu cuprinse in pachetul de servicii de baza, obligatiile furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu; factura va fi insotita de copiile fiselor de ingrijiri medicale la domiciliu si de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, care cuprind si codul numeric personal al asiguratilor care au beneficiat de serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu raportate, separat pentru asigurati, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care leTMau fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, pentru cetatenii titulari ai cardului european, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate. Desfasuratoarele se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si se pun la dispozitia furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu de catre casele de asigurari de sanatate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an conduce la masuri mergand pana la rezilierea contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;
- e) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului;
- f) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate si autoritatilor de sanatate publica datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in asistenta medicala, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementarilor legale in vigoare.
- g) sa respecte programul conform planului de ingrijiri medicale la domiciliu conform recomandarilor facute de catre medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate si din spital, zilnic, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale;
- h) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;
- i) sa respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate; furnizorilor li se recomanda participarea la actiunile de informare organizate de casele de asigurari de sanatate si de autoritatile de sanatate publica;
- j) sa acorde servicii de ingrijiri medicale la domiciliu asiguratilor fara nici o discriminare, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;
- k) sa afiseze intr-un loc vizibil numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;
- l) sa acorde de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, asistenta medicala necesara titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;
- m) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemul informatic unic integrat caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

n) sa acorde asiguratilor servicii de ingrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitatile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate; medicii de specialitate care recomanda servicii de ingrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanti legali, angajati, asociati sau administratori ai unui furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu;

o) sa nu modifice sau sa nu intrerupa din proprie initiativa schema de ingrijire recomandata;

p) sa comunice direct atat medicului care a recomandat ingrijirile medicale la domiciliu cat si medicului de familie al asiguratului evolutia starii de sanatate a acestuia;

q) sa tina evidenta serviciilor de ingrijiri medicale furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata, evolutia starii de sanatate;

r) sa urmareasca prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a ingrijit, atunci cand acest lucru a fost solicitat de medicul care a facut recomandarea ingrijirii medicale la domiciliu, si sa nu depaseasca din proprie initiativa perioada de ingrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decat cea stabilita prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

VI. Modalitati de plata

ART. 8

(1) Plata serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face prin tarif pe serviciu de ingrijiri la domiciliu prevazut in anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

(2) Tariful pe serviciu de ingrijire medicala la domiciliu decontat de casa de asigurari de sanatate este prevazut in anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si nu este element de negociere intre parti.

ART. 9

Documentele pe baza carora se face decontarea se depun la casa de asigurari de sanatate in primele 5 zile lucratoare a fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face decontarea.

Clauze speciale - se completeaza pentru fiecare persoana fizica sau juridica, cu care s-a incheiat contractul:

VII. Calitatea serviciilor de ingrijiri la domiciliu

ART. 10

Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate in baza prezentului contract trebuie sa respecte criteriile de calitate a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu furnizate in conformitate cu prevederile art. 238 si <LLNK 12006 95 10 202 239 30>art. 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament.

VIII. Raspunderea contractuala

ART. 11

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

ART. 12

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu sau persoana fizica furnizor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu este direct raspunzator de corectitudinea datelor raportate. In caz contrar se aplica prevederile legislatiei in vigoare.

IX. Clauza speciala

ART. 13

Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului si care impiedica executarea acestuia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboit revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz. Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

X. Incetarea, rezilierea si suspendarea contractului

ART. 14

(1) Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se reziliaza de plin drept, la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii medicale;

b) daca din motive imputabile furnizorului acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 10 zile calendaristice de la data constatarii urmatoarelor situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, de la incetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data incetarii valabilitatii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de copiile fiselor de ingrijiri medicale la domiciliu si a desfasuratoarelor privind activitatile realizate conform prezentului contract, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate pentru o perioada de maximum doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

c) refuzul furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale casei de asigurari de sanatate actele de evidenta financiarTMcontabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate

d) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 7 lit. a), c), h), l), m), n), o), p), q) precum si la constatarea, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate;

e) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile lucratoare pentru remedierea oricareia dintre situatiile prevazute la art. 7 lit. e), f), i), j), k);

f) la a patra constatare a nerespectarii a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 lit. b).

ART. 15

Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu inceteaza cu data la care a intervenit una dintre situatiile urmatoare:

a) furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se muta din raza administrativ - teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului;

ART. 16

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului.

ART. 17

Situatiile prevazute la art. 14 si la art. 15 lit. b) - c) se constata de casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatiile prevazute la art. 15 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 18

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare calendaristice din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante modificarile survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 19

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile calendaristice inaintea datei la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

ART. 20

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contractare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

ART. 21

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai cu putinta spiritului contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 22

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care le va solutiona potrivit legii sau, dupa caz, a instanțelor de judecata.

ART. 23

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII DE

INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Directiei
Management si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 27

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/unitatea sanitara cu paturi (spitalul)
Nr. contract incheiat cu Casa de Asigurari de Sanatate

RECOMANDARE PENTRU INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

1. Numele si prenumele asiguratului
2. Domiciliul
3. Codul numeric personal al asiguratului
4. Diagnosticul medical si gradul de dependenta
5. Servicii de ingrijiri medicale recomandate:
(din anexa nr. 24 la ordin) periodicitate/ritmicitate
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
6. Perioada pentru care asiguratul poate beneficia de ingrijiri medicale la domiciliu*):

*) Nu poate fi mai mare de 56 de zile calendaristice/an in una sau mai multe etape (seturi de ingrijire).

7. Numele medicului

8. Codul medicului

T

Stampila sectiei din care se externeaza asiguratul si semnatura sefului de sectie	Stampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
---	---

Data

Data

Semnatura si parafa medicului care a avut in ingrijire asiguratul internat	Semnatura si parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
---	--

ST

ANEXA 28

CONDITIILE ACORDARII ASISTENTEI MEDICALE DE
RECUPERARE-REABILITARE A SANATATII SI
MODALITATEA DE PLATA A ACESTORA

ART. 1

(1) Suma negociata si contractata de sanatoriile pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare si de preventoriile cu sau fara personalitate juridica cu casele de asigurari de sanatate se stabileste pe baza urmatoarelor indicatori specifici:

- a) numar de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, si preventoriilor;
- b) numar de paturi stabilit conform structurii unitatii de recuperare - reabilitare prin ordin al ministrului sanatatii publice;
- c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sanatatii publice;
- d) numar de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor;
- e) durata de spitalizare optima sau, dupa caz, durata efectiv realizata;
- f) tarifiil pe zi de spitalizare;
- g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2006.

(2) Suma prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare incheiat de casele de asigurari de sanatate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, si preventoriile se stabileste prin negociere astfel:

Numar de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare

- a) numarul de zile de spitalizare, total si pe sectii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociaza pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare sanatoriu/preventoriu in functie de particularitatile aferente fiecaruia.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractata si decontata de casele de asigurari de sanatate, este suma negociata diminuată corespunzător cu contributia personala a asiguratilor.

Contributia personala a asiguratilor reprezinta 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, in functie de tipul de asistenta balneara si de durata tratamentului:

T

AA

Tipul de asistenta balneara Durata*) Contributia asiguratului
AA

1. Asistenta balneara 18-21 de zile 35% din tariful/zi de
terapeutica (cu spitalizare
trimiteri medicala)
2. Asistenta balneara de 21 - 30 de zile 30% din tariful/zi de
recuperare medicala (cu spitalizare
trimiteri medicala)

AA

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suporta in intregime de catre asigurati. Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale si pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform acelorasi procente. Contributia asiguratului se incaseaza de catre sanatorii, care elibereaza chitanta fiscala pentru aceasta contributie, si reprezinta venit propriu al unitatii sanitare.

ST

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii acordate in alte sanatorii decat cele balneare si in preventorii nu se percepe contributie din partea asiguratilor.

ART. 2

Decontarea serviciilor medicale de recuperare - reabilitare efectuate in sanatorii pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, precum si in preventorii cu sau fara personalitate juridica se face de catre casele de asigurari de sanatate in raport cu numarul de zile de spitalizare efectiv realizat si cu tariful pe zi de spitalizare, cu incadrarea in valoarea contractului, diminuat in cazul sanatoriilor balneare cu contributia asiguratului conform prevederilor art. 1.

ART. 3

Asiguratii suporta contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare si/sau masa) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, in ceea ce priveste cazarea, se intelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare si fara dotari suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer conditionat si altele asemenea), iar in ceea ce priveste masa, cea acordata la nivelul alocatiei de hrana stabilita prin acte normative. Contributia personala a asiguratilor reprezinta diferenta dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, si cele corespunzatoare confortului standard.

ART. 4

Lunar, casele de asigurari de sanatate alocă pana la data de 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, in limita sumelor contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare.

ART. 5

Pentru spitalele de recuperare si sectiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea si decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se fac in conditiile stabilite in anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistentei medicale spitalcesti.

ART. 6

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica au obligatia de a organiza trimestrial (sau ori de cate ori este nevoie) intalniri cu medicii de specialitate din unitatile sanitare de recuperare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenta medicala de recuperare-reabilitare a sanatatii, precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili, impreuna cu medicii de specialitate din unitatile sanitare de recuperare-reabilitare, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea medicilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

ANEXA 29

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala
de specialitate de recuperare - reabilitare a sanatatii
(pentru sanatorii si preventorii)

I. Partile contractante

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul str. nr., judetul/sectorul, telefon fax, reprezentata prin presedinte - director general

si

Sanatoriul/Preventoriul avand sediul in municipiul/orasul, str. nr. judetul/sectorul telefon fax reprezentat prin cu actul de infiintare sau de organizare nr. autorizatie sanitara de functionare nr. / raportul de inspectie eliberat de autoritatea de sanatate publica prin care se confirma indeplinirea conditiilor igienico-sanitare prevazute de lege, dovada de evaluare nr. / cod unic de inregistrare nr. cont nr. deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical atat pentru furnizor cat si pentru personalul medico-sanitar angajat (valabila pe toata perioada de derulare a contractului)

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sanatatii, acordate in sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, si preventorii, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare - reabilitare a sanatatii acordate in sanatorii si preventorii, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate

ART. 2

Serviciile medicale de recuperare TM reabilitare a sanatatii in sanatorii si preventorii se acorda in baza recomandarilor pentru tratamentul de recuperare - reabilitare de catre medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu si medicii din spital aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

IV. Durata contractului

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor in situatia prelungirii duratei de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor

ART. 5

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare a sanatatii, autorizati si evaluati si sa faca publica lista acestora pentru informarea asiguratilor precum si valoarea de contract;
- b) sa controleze actele de evidenta financiar-contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;
- c) sa verifice prescrierea medicamentelor de catre furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare, in conformitate cu reglementarile in vigoare, la externarea asiguratilor;
- d) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, la termenele prevazute in contract, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare contractate efectuate si raportate, pe baza facturii insotita de desfasuratoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atat pe suport de hartie cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita valorii de contract;
- e) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat";
pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integra" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;
- f) sa monitorizeze numarul serviciilor medicale de recuperare - reabilitare acordate de catre furnizorii cu care se afla in relatii contractuale;
- g) sa informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare - reabilitare asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- h) sa informeze furnizorii de servicii medicale asupra conditiilor de furnizare a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare si despre orice schimbare in modul de functionare si de acordare a acestora;
- i) sa efectueze controlul serviciilor medicale de recuperare-reabilitare, conform contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale;
- j) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau dupa caz, sa comunice furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare, procesele verbale si/sau notele de constatare ca urmare a efectuarii controalelor in termen de 3 zile lucratoare de la data efectuarii controlului;
- k) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare - reabilitare cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul;
- l) sa deconteze in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata sumele corespunzatoare serviciilor medicale de recuperare-reabilitare realizate conform indicatorilor specifici, in limita sumelor contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare.
- m) sa tina evidenta externarilor pe asigurat, in functie de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

ART. 6

Furnizorul are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare - reabilitare furnizate si a activitatii desfasurate, elaborate in conformitate cu prevederile <LLNK 12006 95 10 202 238 37>art. 238 si 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, referitoare la diagnostic si tratament;
- b) sa informeze asiguratii despre pachetul de servicii de baza, obligatiile furnizorului de servicii medicale de recuperare - reabilitare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate precum si obligatiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asiguratii precum si intimitatea si demnitatea acestora;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare - reabilitare; factura va fi insotita de desfasuratoarele/documentele justificative privind activitatile realizate, separat pentru asiguratii, pentru persoanele carora li s-a acordat asistenta medicala pentru accidente de munca si boli profesionale, pentru cetatenii titulari ai cardului european, care beneficiaza de servicii medicale pe teritoriul Romaniei de la furnizori aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, atat pe suport de hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Situatiile prevazute la art. 15 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile calendaristice inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

XI. Corespondenta

ART. 17

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare calendaristice de la momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celelalte parti contractante schimbarea survenita.

XII. Modificarea contractului

ART. 18

Prezentul contract se poate modifica, prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare, cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se face printr-un act aditional semnat de ambele parti si este anexa a acestui contract.

ART. 19

(1) In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

(2) Pe parcursul derularii prezentului contract, valoarea contractuala poate fi majorata prin acte aditionale, dupa caz, in limita fondului aprobat pentru asistenta medicala de recuperare - reabilitare, avandu-se in vedere conditiile de contractare a sumelor initiale.

ART. 20

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai cu putinta spiritului contractului.

Daca expira termenul de valabilitate al autorizatiei sanitare de functionare / al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu conditia reinnoirii autorizatiei sanitare de functionare pe toata durata de valabilitate a contractului.

XIII. Solutionarea litigiilor

ART. 21

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj, care va solutiona cauza potrivit legii sau dupa caz, a instantelor de judecata.

ART. 22

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIV. Alte clauze

.....
.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate a fost incheiat azi, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,
.....

Director executiv al Directiei
Management si Economica
.....

Director executiv al Directiei Planificare,
Dezvoltare, Relatii cu Furnizorii
.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE SI DECONTARE A
MEDICAMENTELOR CU SI FARA CONTRIBUTIE PERSONALA IN
TRATAMENTUL AMBULATORIU

ART. 1

(1) Medicamentele cu si fara contributie personala se acorda in tratamentul ambulatoriu, pe baza de prescriptie medicala eliberata de medicii care sunt in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

Prescriptia medicala este document cu regim special si se intocmeste in 3 exemplare, dintre care doua exemplare (originalul si o copie) se depun de asigurat la farmacie si al treilea exemplar ramane in carnet la medicul care a eliberat prescriptia. Toate datele vor fi inscrite lizibil, fara modificari, stersaturi sau adaugari. In cazul in care o modificare este absolut necesara, aceasta mentiune va fi semnata si parafata.

(2) Pentru elevii si studentii care urmeaza o forma de invatamant in alta localitate decat cea de resedinta si care nu sunt inscristi la un medic de familie din localitatea unde se afla unitatea de invatamant, in caz de urgenta medicala medicul din cabinetul scolar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligatia sa transmita prin scrisoare medicala medicului de familie la care este inscris elevul sau studentul diagnosticul si tratamentul prescris. Medicii din caminele de batrani pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, daca nu sunt inscristi in lista unui medic de familie. Medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt inscriste in lista unui medic de familie.

Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii din cabinetele scolare si studentesti, medicii din caminele de batrani si medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap, in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala eliberate de catre acestia. Modelul de conventie este cel prevazut in anexa nr. 36.

(3) Medicii din cadrul unitatilor medicale specializate publice care acorda servicii medicale de urgenta si transport medical prescriu medicamente in tratamentul ambulatoriu numai pentru afectiuni acute si numai pentru o perioada de pana la 72 de ore la sfarsit de saptamana, respectiv vineri, sambata, duminica, precum si in zilele de sarbatori legale, ca urmare a serviciului medical de urgenta acordat.

(4) Prescriptiile medicale aferente medicamentelor fara contributie personala se elibereaza in urmatoarele situatii:

a) pentru copii cu varsta cuprinsa intre 0-18 ani, gravide si lehuze, tineri de la 18 ani pana la varsta de 26 de ani, daca sunt elevi, inclusiv absolventi de liceu pana la inceputul anului universitar dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenti, care beneficiaza de gratuitate suportata din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform prevederilor titlul VIII "Asigurari sociale de sanatate" din <LLNK 12006 95 10 201 0 17>Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiaza de gratuitate conform prevederilor legale in vigoare elaborate de Ministerul Sanatatii Publice si de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate suportata din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, conform prevederilor Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3-5 zile in afectiuni acute, de 8-10 zile in afectiuni subacute si de pana la 30 de zile pentru bolnavii cu afectiuni cronice, cu exceptia bolnavilor cu diabet zaharat, pentru care perioada poate fi de pana la 90 de zile. Prescriptia medicala eliberata de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicatia pentru maximum 30 de zile.

(2) Prescriptia medicala pentru cazurile cronice este valabila maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar in afectiunile acute si subacute prescriptia medicala este valabila maximum 48 de ore.

ART. 3

Numarul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevazut in Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, iar pentru bolnavii inclusi in subprogramele din cadrul programului national cu scop curativ finantate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, numarul medicamentelor prescrise este in concordanta cu schema terapeutica. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se noteaza in cifre si litere.

ART. 4

(1) Prescriptia medicala se completeaza in mod obligatoriu cu toate informatiile solicitate in formularul de prescriptie medicala cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui CNAS.

(2) Medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic prevazute in formularul de prescriptie medicala cu regim special, nu se elibereaza de catre farmacia si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate cu exceptia situatiilor prevazute la art. 94 lit. c) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 5

In sistemul asigurarilor sociale de sanatate prescrierea medicamentelor se face de medici conform specializarii. Exceptie fac medicii de familie care pot prescrie medicamente si pentru situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita conform reglementarilor legale in vigoare pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fara contributie personala de catre medicul de specialitate aflat in relatie contractuală cu casa de asigurari de sanatate, comunicata numai prin scrisoare medicala, precum si situatiile in care medicul de familie a prescris medicamente cu si fara contributie personala la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicata prin scrisoare medicala.

Prescrierea medicamentelor corespunzatoare denumirilor comune internationale - DCI prevazute la grupa de boala cronica diabet zaharat si boli de nutritie - G2P) de catre medicii de familie si medicii desemnati se face numai daca in scrisoarea medicala este prevazut numarul de inregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat in evidenta la nivelul unitatii judetene de diabet zaharat. Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguratilor, la externare, medicamente in limita specialitatii si a consultatiilor interdisciplinare evidentiate in foaia de observatie.

ART. 6

Prescriptiile medicale pe baza carora se elibereaza medicamentele constituie documente financiar-contabile, conform carora se intocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7

(1) Eliberarea medicamentelor se face de catre farmacie, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care farmacia respectiva are contract cu casa de asigurari de sanatate cu care se afla in contract medicul prescriptor. Primitorul semneaza de primirea medicamentelor pe prescriptia medicala, pe care se mentioneaza

numele, prenumele, adresa completa, seria si numarul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberarii.

(2) In situatia in care primitorul renunta la anumite DCI-uri / medicamente cuprinse in prescriptia medicala, acestea se anuleaza, nefiind permisa eliberarea altor medicamente din farmacie in cadrul sumei respective.

(3) Inscrierea preturilor de vanzare cu amanuntul se face de catre farmacist numai pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescriptiei medicale.

(4) Farmacistul noteaza preturile de vanzare cu amanuntul, sumele aferente ce urmeaza sa fie decontate de catre casele de asigurari de sanatate pentru fiecare medicament si sumele ce reprezinta contributia personala a asiguratului, pe care le totalizeaza.

ART. 8

Prescriptiile cu destinatie pediatrica se deconteaza numai pentru medicamentele de folosinta pediatrica, conform indicatiilor producatorului de medicamente, cu exceptia cazurilor justificative in care varsta si greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, dupa caz.

ART. 9

In cazul prescriptiilor medicale care cuprind denumirea comerciala a medicamentului se deconteaza de catre casele de asigurari de sanatate numai medicamentele cu denumirile comerciale prevazute in Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborata pe baza Listei cuprinzand denumirile comune internationale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala aprobata prin hotarare de guvern.

ART. 10

(1) Farmaciile intocmesc borderou centralizator cu evidente distincte pentru fiecare sublista. Pe borderou fiecare prescriptie medicala poarta un numar curent care trebuie sa fie acelasi cu numarul de ordine pe care il poarta prescriptia medicala. Borderoul va contine si codul medicului, precum si codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european. Farmaciile intocmesc un borderou centralizator distinct pentru DCI-urile prevazute in grupa de boala diabet zaharat si boli de nutritie - G 21*). Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa tina evidente distincte pentru sumele decontate reprezentand contravaloarea medicamentelor corespunzatoare DCI -urilor prevazute la grupa de boala cronica diabet zaharat si boli de nutritie - G 21*).

(2) Borderourile se intocmesc in 2 exemplare, specificandu-se suma ce urmeaza sa fie incasata de la casele de asigurari de sanatate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor intocmi facturi cu sumele totale ce urmeaza sa fie decontate de catre casele de asigurari de sanatate.

*) Grupele de boli cronice sunt cele stabilite potrivit Hotararii Guvernului nr. 1841/2006.

ART. 11

Stabilirea valorii contractului la farmaciile care intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate se efectueaza astfel:

1. Valoarea de contractare ce revine pentru fiecare farmacie care intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate are in vedere 85% din valoarea fondului aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate pentru consumul de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, din care se deduce o cota aferenta contravaloarii medicamentelor pentru grupele de boli cronice prevazute la lit. c) si cele prevazute la pct. 2a).

Suma astfel obtinuta se defalca dupa cum urmeaza:

a) 80%, care se repartizeaza de casa de asigurari de sanatate pe farmacii, astfel:

$C(mz) \times nr. \text{ zile calendaristice din anul } 2007 \text{ pentru care farmacia incheie contract } \times k$

unde:

k - factor de corectie

k = raportul dintre 80% din suma calculata ca diferenta intre 85% din valoarea fondului aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate pentru consumul de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si cota aferenta contravaloarii medicamentelor pentru grupele de boli cronice prevazute la lit. c) si cele prevazute la pct. 2a) si $C(mz) \times nr. \text{ zile calendaristice din anul } 2007 \text{ pentru care farmacia incheie contract}$

$C(mz)$ - consumul mediu zilnic al farmaciei in semestrul II al anului 2006

Consumul mediu zilnic pentru fiecare farmacie se stabileste ca raport intre valoarea de contract pentru semestrul II 2006 pentru eliberarea de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu altele decat medicamentele prescrise pentru tratamentul grupelor de boli cronice prevazute la lit. c) si la punctul 2 lit. a) si numarul de zile calendaristice din semestrul II 2006 corespunzator perioadei pentru care a fost in contract cu casa de asigurari de sanatate;

Pentru farmaciile noi care nu au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent consumul mediu zilnic este egal cu consumul mediu zilnic cel mai mic dintre consumurile medii zilnice aferente tuturor farmaciilor aflate in contract cu casa de asigurari de sanatate in semestrul II 2006 din urban/rural, in functie de mediul in care isi desfasoara activitatea farmacia respectiva.

b) 20%, care se repartizeaza de casa de asigurari de sanatate pe farmacii, in functie de punctajul obtinut de fiecare farmacie, punctaj acordat dupa cum urmeaza:

b1) un farmacist 1,5 puncte

b2) un asistent de farmacie 0,5 puncte

Un farmacist si un asistent de farmacie se puncteaza pentru activitatea desfasurata intr-o singura farmacie, in situatia in care un farmacist sau un asistent de farmacie isi desfasoara activitatea in mai multe farmacii, acesta isi va exprima in scris optiunea pentru farmacia care urmeaza sa beneficieze de punctajul stabilit la lit. b1) si b2);

T

b3) pentru fiecare punct de lucru 0,20 puncte pentru

din mediul rural al unei farmacie, infiintat conform prevederilor legale in vigoare, in localitatile in care nu functioneaza o farmacie

ST

Programul de functionare pentru fiecare punct de lucru va fi afisat obligatoriu la punctul de lucru si va fi stipulat in contractul dintre farmacie si casa de asigurari de sanatate;

b4) pentru fiecare farmacie care asigura continuitatea (functioneaza de luni pana vineri, inclusiv sambata, duminica si sarbatorile legale), cu respectarea obligatiei privind prezenta farmacistului in farmacie, se acorda cate 0,5 puncte pentru fiecare dintre situatiile de mai jos:

- functioneaza de luni pana vineri + sambata;
- functioneaza de luni pana vineri + duminica;
- functioneaza de luni pana vineri + sarbatorile legale.

Daca farmaciile cumuleaza doua, respectiv trei dintre situatiile de mai sus, se acorda 1 punct, respectiv 1,5 puncte;

T

b5) pentru fiecare farmacie care asigura continuitate 2,5 puncte
si program de permanenta (non-stop), cu
respectarea obligatiei privind prezenta
farmacistului in farmacie

ST

Valoarea unui punct se obtine impartind suma prevazuta la lit. b) la numarul total de puncte corespunzatoare tuturor farmaciilor.

Suma destinata unei farmacii se obtine prin inmultirea numarului de puncte aferent farmaciei respective cu valoarea unui punct. In situatia in care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare farmacie scad sub nivelul initial si farmaciile aduc la cunostinta caselor de asigurari de sanatate aceste situatii, cu 15 zile lucratoare inaintea datei de la care se doreste modificarea pentru situatiile prevazute la lit. b3), b4) si b5) si in termen de maximum 15 zile lucratoare de la data la care s-a produs modificarea pentru situatiile prevazute la lit. b1) si b2), suma stabilita conform lit. b1) - b5) se diminueaza corespunzator, prin incheierea unui act aditional la contract.

Neanuntarea acestor situatii si constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligatiilor contractuale din contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu.

c) eliberarea medicamentelor corespunzatoare DCI-uri aferente urmatoarelor grupe de boli cronice bolile psihice - G15*), demente - G16*), bolnavi cu proceduri interventionale percutante numai dupa implantarea unei proteze endovasculare - stent - G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulara, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferari cronice si tumori maligne - G10*), precum si celorlalte DCI-uri aferente grupelor de boli cronice prevazute la punctul 2a), se face prin acele farmacii selectate ca urmare a negocierii adaosului comercial.

Adaosul comercial acceptat de casele de asigurari de sanatate in negocierea cu farmaciile este egal cu adaosul comercial oferit cel mai mic si este egal pentru toate grupele de boli cronice, distinct pe mediul urban si rural.

Suma aferenta contravalorii medicamentelor se repartizeaza conform prevederilor de la lit. a) si b), farmaciilor selectate.

d) In situatia in care la unele farmacii se inregistreaza la sfarsitul unei luni sume neconsumate ca urmare a eliberarii de medicamente cu si fara contributie personala, altele decat cele de la punctul 2 lit. a), fata de suma lunara prevazuta in contract, casele de asigurari de sanatate vor diminua, printr-un act aditional la contract, valoarea lunara contractata initial aferenta lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii si sumele rezultate din diminuarile de la lit. b) vor fi contractate printr-un act aditional, la farmaciile la care in aceeași luna adresabilitatea crescuta a dus la epuizarea sumei contractate. Sumele din actul aditional se utilizeaza pentru eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala pentru perioada urmatoare datei de la care s-a semnat actul aditional.

Sumele rezultate din economii si sumele rezultate din diminuarile de la lit. b) se repartizeaza in functie de consumul mediu zilnic si numarul de zile din luna anterioara pentru care farmacia nu a mai avut valoare de contract pentru eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala. Consumul mediu zilnic se stabileste ca raport intre valoarea lunara de contract si numarul de zile din luna respectiva in care s-au eliberat medicamente cu si fara contributie personala.

e) In situatii justificate farmaciile pot elibera medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu peste valoarea lunara prevazuta in contract, in limita a maximum 5%, cu conditia ca aceasta depasire sa influenteze corespunzator, in sensul diminuarii valorii pentru eliberarea medicamentelor din luna urmatoare, cu incadrarea in valoarea contractata pentru anul 2007.

Aceasta prevedere se aplica corespunzator si pentru art. 12 alin. (2) in cazul medicamentelor cu si fara contributie personala pentru care nu se stabileste valoare orientativa.

2. a) Eliberarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul urmatoarelor grupe de boli cronice: hepatita cronica de etiologie virală cu HVB si HCV - G4*), ciroza hepatica - G7*), poliartrita reumatoida si artropatia psoriazica - G18*), spondilita anchilozanta - G19*), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune suprasupraselara - G22*), boala Gaucher - G29*), se face prin acele farmacii aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate si selectate ca urmare a negocierii adaosului comercial pentru medicamentele necesare in tratamentul acestor boli.

Casele de asigurari de sanatate incheie acte aditionale cu farmaciile selectate cu care au negociat adaosul comercial cel mai mic si distinct pentru fiecare grupa de boli cronice, distinct pe mediul urban si rural.

Valoarea actului aditional este orientativa si se repartizeaza in mod egal la toate farmaciile selectate in limita sumelor aprobate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate. Actul aditional de adapteaza dupa modelul de contract de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari de sanatate si valoarea orientativa a acestuia nu intra in valoarea totala de contract a farmaciei.

b) Pentru eliberarea medicamentelor asiguratei se vor adresa la una dintre farmaciile selectate ce urmare a negocierii adaosului comercial Lista farmaciilor selectate va fi pusa la dispozitia asiguratilor de casa de asigurari de sanatate odata cu aprobarea medicamentelor aferente grupei/grapelor de boli cronice data de comisia/comisiile constituite in acest sens la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

3. eliberarea medicamentelor pentru tratamentul bolilor cronice prevazute la pct. 1 lit. c) si pct. 2 lit. a) se va face prin farmaciile selectate dupa caz, de catre casele de asigurari de sanatate judetene si a Municipiului Bucuresti, Casa de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si de Casa de Asigurari de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, ca urmare a negocierii adaosului comercial. Negocierea adaosului comercial se face in sedinta deschisa, la care participa toti reprezentantii legali ai farmaciilor care doresc sa elibereze medicamente gratuite pentru bolile cronice prevazute la pct. 1 lit. c) si pct. 2 lit. a). La nivelul Casei de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si al Casei de Asigurari de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului, eliberarea medicamentelor pentru tratamentul bolilor cronice prevazute mai sus se va face prin farmaciile selectate in urma depunerii la sediul acestor case de asigurari de sanatate a ofertelor scrise privind nivelul adaosului comercial. Deschiderea ofertelor se face in prezenta reprezentantilor legali ai furnizorilor de medicamente sau in prezenta reprezentantilor Colegiului Farmacistilor din Romania pentru Casa de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa de Asigurari de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului. Adaosul comercial care se va negocia va fi cuprins intre 1-6% aplicat la valoarea pretului cu ridicata.

4. Eliberarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul grupei de boala cronica diabet zaharat si boli de nutritie - G 21*) se face prin farmaciile care intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate si incheie in acest sens un act aditional la

contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Suma aprobata la nivelul casei de asigurari de sanatate cu aceasta destinatie se repartizeaza in mod egal la farmacia, stabilindu-se in acest sens o valoare orientativa a actelor aditionale.

Actul aditional se adapteaza dupa modelul de contract de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si valoarea orientativa a acestuia nu intra in valoarea totala de contract a farmaciei.

5. Pentru echilibrarea repartizarii sumelor pe farmacia in functie de adresabilitate si pentru rezolvarea situatiilor concrete ivite in asigurarea tratamentului cu medicamente in ambulator, casele de asigurari de sanatate analizeaza aceste situatii si, sub responsabilitatea presedintilor-directori generali, repartizeaza prin acte aditionale diferenta de 15% din fondul aprobat cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate ce nu a fost contractata, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la medicamentele cu si fara contributie personala pana la sfarsitul anului.

*) Grupele de boli cronice sunt cele stabilite potrivit Hotararii Guvernului nr, 1841/2006.

ART. 12

(1) Fondurile aprobate cu destinatia de consum de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, altele decat cele care au stat la baza stabilirii valorii initiale din contractele incheiate cu farmaciile, inclusiv cele prevazute la art. 11 pct. 5 vor fi repartizate de casele de asigurari de sanatate prin acte aditionale distincte la contractele initiale, in functie de consumul mediu zilnic si numarul de zile din luna anterioara pentru care farmacia nu a mai avut valoare de contract pentru eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala. Consumul mediu zilnic se stabileste ca raport intre valoarea lunara de contract si numarul de zile din luna respectiva in care s-au eliberat medicamente cu si fara contributie personala.

Valoarea actului aditional la contractul initial va avea in vedere eliberarea medicamentelor pentru perioada urmatoare datei de la care s-a semnat actul aditional

(2) Nu se incheie acte aditionale cu farmaciile care se gasesc in una dintre situatiile de mai jos:

a) farmaciile care nu si-au respectat obligatiile privind eliberarea de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in limita valorii lunare de contract, raportata la luna-antioara, nu vor intra in calcul la repartizarea fondurilor aprobate cu destinatia de consum de medicamente, altele decat cele care au stat la baza stabilirii valorii initiale de contract cu exceptia:

1. farmaciilor la care depasirea este de maximum 5% fata de luna anterioara;

2. farmaciilor la care depasirea este de maximum 20% fata de luna anterioara, daca acestea reprezinta unicul furnizor intr-o localitate/zona, astfel incat sa poata fi asigurat accesul la medicamentele cu si fara contributie personala al asiguratilor in localitatea/zona respectiva. Aceste farmacii se stabilesc de catre o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai autoritatilor de sanatate publica si ai colegiilor teritoriale ale farmacistilor. Pentru cazurile exceptionale stabilite de comisia sus-mentionata si inaintate la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, se poate accepta o depasire mai mare de 20%.

La stabilirea procentului de depasire a valorii lunare de contract nu se ia in calcul valoarea actului / actelor aditionale incheiat / incheiate intre farmacia si casele de asigurari de sanatate pentru medicamentele eliberate pentru grupele de boli cronice la care s-a stabilit valoare de contract orientativa.

Exceptiile prevazute la pct. 1 si 2 se aplica numai pentru selectia farmaciilor cu care casele de asigurari de sanatate incheie acte aditionale; sumele corespunzatoare depasirii de maximum 5%, respectiv de maximum 20%, dupa caz, si peste 20% nu fac obiectul cuprinderii in angajamentele legale si in plati. in acest sens reprezentantii legali ai farmaciilor aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate depun o declaratie cu privire la incadrarea in limita valorii lunare de contract sau procentul de depasire a acesteia. Reprezentantii legali raspund de exactitatea si realitatea datelor cuprinse in declaratie;

b) farmaciile la care pe parcursul derularii contractelor sTMa constatat ca elementele care au stat la baza stabilirii numarului de puncte initial au influentat in sensul majorarii numarului de puncte initial, conducand la diminuarea valorii pentru un punct stabilite initial, nu intra in calcul la repartizarea fondurilor suplimentare, aprobate cu destinatia de consum de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu. Fac exceptie farmaciile la care pe perioada derularii contractului s-a modificat structura personalului angajat prin aplicarea prevederilor art. 11 pct. 1.

c) farmaciile la care s-au inregistrat economii mai mari de 5% din valoarea de contract lunara, in fiecare dintre cele 3 luni anterioare semnarii actului aditional.

ART. 13

(1) Pe parcursul anului casele de asigurari de sanatate pot stabili alte termene de contractare in functie de necesarul de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si in limita fondurilor alocate cu aceasta destinatie.

(2) La farmaciile care intra in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, pe parcursul anului, la stabilirea valorii de contract se are in vedere valoarea de contract cea mai mica pe mediul urban/rural, in functie de mediul in care isi desfasoara activitatea farmacia. Valoarea de contract cea mai mica este cea stabilita pentru farmacia nou intrata in contract la inceputul anului in conditiile art. 11 pct. 1 lit. a) si b), valoare ajustata corespunzator numarului de zile calendaristice ramase pana la sfarsitul anului 2007 pentru care farmacia respectiva va incheia contract.

(3) Stabilirea valorii contractate pentru eliberarea medicamentelor corespunzatoare DCI - urilor aferente urmatoarelor grupe de boli cronice: bolile psihice - G15*), demente - G16*), bolnavi cu proceduri interventionale percutante numai dupa implantarea unei proteze endovasculare - stent - G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulara, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferari cronice si tumori maligne - G10*), precum si celorlalte DCI-uri aferente grupelor de boli cronice prevazute la art. 11 punctul 2 lit. a) se face similar prevederilor de la alin. (2) cu conditia acceptarii adaosului comercial negociat initial de casele de asigurari de sanatate cu farmaciile selectionate.

*) Grupele de boli cronice sunt cele stabilite potrivit Hotararii Guvernului nr, 1841/2006.

ART. 14

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza farmaciilor medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute la grupa de boala cronica diabet zaharat si boli de nutritie - G21*), eliberate la nivelul realizat, modificandu-se in mod corespunzator valoarea actelor aditionale, cu incadrarea in fondul aprobat la nivelul caselor de asigurari de sanatate pentru subprogramul Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat de la paragraful "Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele nationale cu scop curativ" pana la sfarsitul anului 2007.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza farmaciilor medicamentele corespunzatoare DCI - urilor prevazute la grupele de boli cronice hepatita cronica de etiologic virala cu HVB si HCV - G4*), ciroza hepatica - G7*), poliartrita reumatoida si artropatia psoriazica - G18*), spondilita anchilozanta - G19*), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselara - G22*), boala Gaucher - G29*) eliberate la nivelul realizat, modificandu-se in mod corespunzator valoarea actelor aditionale, cu incadrarea in sumele aprobate cu aceasta destinatie la nivelul caselor de asigurari de sanatate,

*) Grupele de boli cronice sunt cele stabilite potrivit Hotararii Guvernului nr. 1841/2006.

ART. 15

(1) In vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala, farmaciile inaintea caselor de asigurari de sanatate, in primele 15 zile calendaristice ale lunii urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, urmatoarele acte in original: factura, borderourile centralizatoare, prescriptiile medicale, cu inscrierea numarului de ordine al bonului fiscal si a datei de emitere a acesteia.

(2) In situatia in care intr-o luna unele farmacii elibereaza medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu la nivelul valorii de contract pentru luna respectiva, inainte de sfarsitul lunii, acestea anunta casa de asigurari de sanatate, iar in termen de 72 de ore vor depune datele solicitate pe suport magnetic, urmand ca actele in original sa fie inaintate la termenul prevazut la alin. (1).

ART. 16

Farmaciile raspund de exactitatea datelor cuprinse in decont si in actele justificative, iar casele de asigurari de sanatate, de legalitatea platilor efectuate.

ART. 17

(1) Lista preturilor de referinta pe unitate terapeutica aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul national al preturilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piata (CANAMED) aprobat prin ordin al ministrului sanatatii publice, elaborata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si aprobata prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, se publica pe pagina de WEB a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate la adresa www.xnas.ro si se actualizeaza in urmatoarele conditii:

a) la actualizarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu cu sau fara contributie personala, in conformitate cu prevederile art. 90 alin. (2) din Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

b) trimestrial, ca urmare a actualizarii CANAMED prin completarea listei de medicamente-denumiri comerciale si a preturilor maxime;

c) in situatia in care in intervalul dintre doua actualizari ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piata si care a obtinut aprobarea Ministerului Sanatatii Publice pentru un pret de vanzare cu amanuntul mai mic decat pretul de vanzare cu amanuntul al medicamentului care da pretul de referinta in cadrul aceluasi DCI; aceasta conditie se aplica numai daca detinatorul de aprobare de punere pe piata a medicamentului respectiv decalara pe proprie raspundere ca are capacitatea de a-l distribui in farmaciile aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate la nivelul solicitarilor de pe piata, sub sanctiunea scoaterii medicamentului din lista, in caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele in conditiile prevazute la alin. (1) numai pentru prescriptiile medicale emise dupa data publicarii noii liste.

ART. 18

Prescrierea, eliberarea si decontarea medicamentelor cu sau fara contributie personala din partea asiguratilor se fac in limita fondului aprobat cu aceasta destinatie.

ART. 19

La nivelul caselor de asigurari de sanatate vor functiona comisii pentru fiecare grupa de boala cronica prevazuta potrivit Hotararii Guvernului nr. 1841/2006 pentru aprobarea listei cuprinzand denumirile comune internationale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiaza asiguratii in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate, autoritatii de sanatate publica si ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituita din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul sef al casei de asigurari de sanatate sau o persoana desemnata de catre acesta din structurile subordonate medicului sef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de catre casa de asigurari de sanatate si de autoritatea de sanatate publica;
- un medic reprezentant al autoritatii de sanatate publica
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului sef al casei de asigurari de sanatate;

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurari de sanatate
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabileste criteriile de includere / excludere in / din tratament si aplicarea criteriilor de prioritizare in baza listelor de asteptare (unde nu exista protocoale la nivel national) si punerea in aplicare a acestora in activitatea desfasurata;

- pentru bolile la care exista protocoale la nivel national prin care se aplica criteriile de prioritizare, intocmeste listele de asteptare.

Casa de asigurari de sanatate pune la dispozitia fiecărei comisii:

- numarul stabilit de bolnavi ce pot fi tratati, in functie de sumele aprobate si costul mediu pe pacient;
- pacientii aflati in tratament si tratamentul acordat acestora cu indicarea datei la care a intrat in tratament, a datei ultimei aprobari si a perioadei pentru care a primit ultima aprobare).

ART. 20

Decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2006 se face in ordine cronologica, la 90 de zile, in trimestrul I 2007.

Decontarea pentru activitatea curenta a anului 2007 se efectueaza la termen de 90 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate.

In trimestrul IV 2007, decontarea sumelor pentru activitatea curenta se face in ordine cronologica pana la 90 de zile, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

ART. 21

Casele de asigurari de sanatate si autoritatile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti au obligatia de a organiza trimestrial sau ori de cate ori este nevoie intalniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala din partea asiguratilor in tratamentul ambulatoriu precum si respectarea prevederilor actelor normative in vigoare. Acestea vor informa asupra modificarilor aparute in actele normative si vor stabili impreuna cu furnizorii de medicamente, masurile ce se impun pentru imbunatatirea activitatii. Neparticiparea furnizorilor la aceste intalniri nu ii exonereaza de raspunderea nerespectarii hotararilor luate cu acest prilej.

CONTRACT

de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari de sanatate

T

I. Partile contractante:

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul str. nr., judetul/sectorul telefon/fax reprezentata prin presedinte - director general,

si

Societatea comerciala farmaceutica avand sediul in municipiul/orasul str. nr., bl., sc., et., ap., judetul/sectorul telefon/fax inregistrata la Registrul Comertului cu certificatul de inmatriculare/actul de infiintare si punctul de lucru in comuna str. nr., avand contul nr., deschis la Trezoreria statului sau cont nr., deschis la Banca si codul unic de inregistrare nr., reprezentata prin autorizatie de functionare nr., eliberata de dovada de evaluare nr. dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, atat pentru furnizor cat si pentru personalul farmaceutic - farmacisti si asistenti de farmacie

ST

II. Obiectul contractului:

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, conform reglementarilor legale in vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu:

ART. 2

Furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementarilor legale in vigoare privind Lista cuprinzand denumirile comune internationale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala si Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobate prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 precum si normele metodologice de aplicare a Contractului-cadm.

ART. 3

Furnizarea medicamentelor se va desfasura prin intermediul urmatoarelor farmacii aflate in structura societatii comerciale:

1. din str. nr. bl., sc., sectorul/judetul telefon/fax cu autorizatia de functionare nr. / eliberata de dovada de evaluare in sistemul asigurarii sociale de sanatate nr. / farmacist
2. din str. nr. bl., sc., sectorul/judetul telefon/fax cu autorizatia de functionare nr. / eliberata de dovada de evaluare in sistemul asigurarii sociale de sanatate nr. / farmacist
3. din str. nr. bl., sc., sectorul/judetul telefon/fax cu autorizatia de functionare nr. / eliberata de dovada de evaluare in sistemul asigurarii sociale de sanatate nr. / farmacist

NOTA:

Se vor mentiona si punctele de lucru cu informatiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data incheierii lui pana la data de 31 decembrie 2007,

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. Obligatiile partilor:

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 6

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizati si evaluati conform reglementarilor legale in vigoare si sa faca publica, pentru informarea asiguratilor lista acestora si valoarea de contract;

b) Casa de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti si Casa de Asigurari de Sanatate a Ministerului Transporturilor, Constructiilor si Turismului sunt obligate sa incheie contracte cu cel putin o farmacie in localitatile in care acestea au contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale;

c) sa nu deconteze contravaloarea prescriptiilor medicale care nu contin datele obligatorii privind prescrierea si eliberarea acestora; casele de asigurari de sanatate deconteaza prescriptiile medicale care nu contin toate datele, dar numai pentru afectiuni acute si daca se poate identifica medicul, asiguratul si se specifica faptul ca tratamentul este prescris pentru afectiune acuta, in aceasta situatie casele de asigurari de sanatate vor atentiona medicii care prescriu retete fara toate datele obligatorii necesare in vederea decontarii acestora, iar incepand cu cea de-a treia abatere constatata, casele de asigurari de sanatate vor incasa de la medicii care au eliberat prescriptia medicala valoarea decontata pentru fiecare prescriptie medicala la care s-au constatat astfel

de deficiente. Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi la intregirea Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate;

d) sa deconteze furnizorilor de medicamente cu care a incheiat contracte, in limita valorii contractate, contravaloarea medicamentelor eliberate cu si fara contributie personala sau la nivelul realizat pentru medicamentele aferente bolilor cronice pentru care s-a stabilit valoare de contract orientativa in limita sumelor alocate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate, la termenele prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

e) sa urmareasca lunar evolutia consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu aceasta destinatie, luand masurile ce se impun;

f) sa controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfasurare a activitatii ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa monitorizeze lunar consumul de medicamente cu si fara contributie personala, pe medic si pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta;

h) sa acorde, in cadrul sumelor negociate si contractate, avansuri de pana la 30% din valoarea anuala a contractului pentru farmaciile care functioneaza in structura unor unitati sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de aparare, ordine publica, siguranta nationala si autoritate judecatoreasca;

i) sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale si asiguratilor cazurile in care s-a eliberat mai mult de o prescriptie medicala pe luna atat pentru medicamentele cuprinse in sublista A cat si cele cuprinse in sublista B, precum si cazurile in care s-a eliberat mai mult de o prescriptie medicala pe luna pentru fiecare cod de boala pentru medicamentele din sublista C - sectiunea CI si mai mult de o prescriptie medicala pe luna pentru medicamentele cuprinse in sublista C - sectiunea C3; in aceasta situatie asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru perioada acoperita cu medicamentele eliberate suplimentar, cu exceptia situatiilor prevazute in Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

j) sa informeze furnizorii de medicamente asupra conditiilor de contractare si asupra modificarilor aparute ulterior, ca urmare a modificarii actelor normative;

k) sa afiseze pe site, pentru prima, respectiv a doua jumatate a fiecarei luni, la datele de 15 si 30/31 ale lunii respective, valoarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurari de sanatate se afla in relatie contractuala.

l) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele si codul de parafa al medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

m) sa inmaneze la momentul efectuarii controlului sau, dupa caz sa comunice furnizorilor de medicamente procesele verbale si / sau notele de constatare ca urmare a controalelor efectuate in termen, de 3 zile lucratoare de la efectuarea controlului;

n) sa utilizeze sistemul informatic unic integrat; pana la intrarea in functiune a sistemului informatic unic integrat se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate;

B. Obligatiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au urmatoarele obligatii:

a) sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute in lista, cu prioritate medicamentele cu preturile de referinta;

b) sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi denumiri comune internationale (DCI) la preturile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; Sa se aprovizioneze, la cererea asiguratului, in maximum 12 ore pentru bolile acute si subacute si 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din Lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, daca acesta/acestea nu se gaseste/gasesc momentan in farmacie, fie ca este/sunt recomandat/recomandate de medic ca denumire comerciala, fie corespunde/corespund DCI prescris;

c) sa practice o evidenta de gestiune cantitativ valorica;

d) sa verifice prescriptiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda pentru a fi eliberate si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, privind eliberarea prescriptiilor medicale referitoare la numarul de medicamente si durata terapiei in functie de tipul de afectiune: acut, subacut, cronic;

e) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau printr-un program compatibil cu cerintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, avizat de aceasta;

f) sa intocmeasca si sa prezinte caselor de asigurari de sanatate documentele necesare in vederea decontarii medicamentelor: factura, borderou centralizator, prescriptii medicale, cu inscrierea numarului de ordine a bonului fiscal si a datei de emitere a acestora, pe baza carora au fost eliberate medicamentele, in conditiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

g) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fara contributie personala, in conditiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 1842/2006;

h) sa functioneze cu personal farmaceutic care poseda drept de libera practica, pe baza de contract de munca si/sau contract de prestari servicii;

i) sa informeze asiguratii despre drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei medicale;

j) sa respecte prevederile Codului deontologic al farmacistilor in relatiile cu asiguratii;

k) sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizarii medicamentelor in zilele de sambata, duminica si sarbatori legale si sa afiseze la loc vizibil programul farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente. Acest program se comunica autoritatilor de sanatate publica si caselor de asigurari de sanatate;

l) sa elibereze in limita valorii de contract medicamentele din prescriptiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract sau conventie in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale eliberate in situatiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin

<LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006; in cazul medicamentelor antidiabetice orale si pentru alte boli cronice prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, valorile de contract sunt orientative;

m) sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie si la punctele de lucru pe toata durata programului de lucru declarat la casa de asigurari de sanatate;

n) sa anuleze medicamentele / DCI-urile care nu au fost eliberate, in fata primitorului, pe toate exemplarele prescriptiei medicale;

o) sa nu elibereze medicamentele din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

p) sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie si stampilata de casa/casele de asigurari de sanatate cu care furnizorul se afla in relatie contractuala; Sa afiseze la loc vizibil in farmacie, pentru informarea asiguratilor, numarul de telefon "tel-verde" al casei de asigurari de sanatate cu care aceasta se afla in relatie contractuala, precum si valoarea contractului defalcat pe luni, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, iar la data de 15, respectiv de 30/31, a fiecarei luni, va afisa valoarea medicamentelor eliberate pentru prima, respectiv a doua jumatate a lunii;

q) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente in termenul de maxim 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului;

r) sa depuna in primele 15 zile calendaristice ale lunii urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva. In limita valorii de contract; pentru medicamentele antidiabetice orale si pentru alte boli cronice prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006, decontarea se face la nivelul realizat cu incadrarea in fondul aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate; Sa raporteze lunar la casa de asigurari de sanatate cu care are incheiat contract, la datele de 15 si 30/31 ale fiecarei luni, valoarea medicamentelor eliberate in prima, respectiv a doua jumatate a lunii respective.

s) sa se informeze asupra conditiilor de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala;

t) sa elibereze medicamentele la preturile cele mai mici si numai la solicitarea si cu acordul asiguratului sa elibereze medicamentele din cadrul aceluasi DCI la preturi mai mari decat preturile de referinta;

u) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si infomatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

VI. Modalitati de plata

ART. 8

Decontarea medicamentelor cu si fara contributie personala eliberate se face pe baza urmatoarelor acte in original: factura, borderouri centralizatoare, prescriptii medicale, cu inscrierea numarului de ordine a bonului fiscal si a datei de emitere a acestora. In situatia in care pe acelasi formular de prescriptie se inscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile intocmesc borderou centralizator cu evidenta distincta pentru fiecare sublista, cu exceptia medicamentelor antidiabetice orale corespunzatoare DCI-urilor din grupa de boala cronica diabet zaharat si boli de nutritie - G21 pentru care se completeaza prescriptie distincta.

ART. 9

Documentele pe baza carora se face decontarea se depun la casele de asigurari de sanatate pana la data de a lunii urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

ART. 10

In cazul in care se constata nerespectarea programului de lucru mentionat in prezentul contract suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii se diminueaza dupa cum urmeaza:

- a) 10% la prima constatare;
- b) 15% la a doua constatare;
- c) 20% la a treia constatare.

Sumele obtinute din aceste incasari se vor folosi la intregirea fondului alocat consumului de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, la nivelul casei de asigurari de sanatate.

ART. 11

Valoarea contractului*) pentru eliberare de medicamente este de lei:

Trimestrul I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

Trimestrul II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

Trimestrul III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

Trimestrul IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

*) este cea aferenta eliberarii medicamentelor pentru care nu se stabileste valoare orientativa prin incheiere de act/acte additional/aditionale conform prevederilor normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 33>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006

ART. 12

Decontarea prescriptiilor cu si fara contributie personala se face astfel: decontarea sumelor aferente trimestrului IV 2006 se face in ordine cronologica la 90 de zile in trimestrul I 2007. Decontarea pentru activitatea curenta a anului 2007 se efectueaza la termen de 90 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de catre farmacia la casa de asigurari de sanatate.

In trimestrul IV 2007, decontarea sumelor pentru activitatea curenta se face in ordine cronologica pana la 90 de zile, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

ART. 13

Plata se face in:

a) contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca

VII. Raspunderea contractuala:

ART. 14

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza daune-interese.

ART. 15

Farmacia este direct raspunzatoare de corectitudinea datelor cuprinse in decont si in actele justificative, iar casele de asigurari de sanatate de legalitatea platilor.

VIII. Clauza speciala:

ART. 16

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului, si care impiedica executarea acestuia este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate ca forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

(3) Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen,

(4) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, incetarea si suspendarea contractului:

ART. 17

(1) Prezentul contract de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala se reziliaza de plin drept la data producerii urmatoarelor situatii:

a) daca farmacia evaluata nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului;
b) daca din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii, in urmatoarele situatii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare, de la incetarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) retragerea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

c) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

d) o data cu prima constatare dupa aplicarea de 3 ori in cursul unui an a masurii de diminuare a valorii de contract lunare pentru nerespectarea programului de lucru comunicat la casa si mentionat in prezentul contract;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de borderouri si prescriptii medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv trei luni intr-un an;

f) nerespectarii prevederilor de la art. 7 lit. c), e), g), h), l), m), o), q) u);

g) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 7 lit. a), b), f), n), r), s), t);

h) la a patra constatare a nerespectarii in cursul unui an a oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 7 lit. d), i), k), p).

i) refuzul furnizorului de medicamente de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor eliberate conform contractelor incheiate si a documentelor justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

ART. 18

Contractul inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul de medicamente se muta din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

d) acordul de vointa al partilor;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului.

ART. 19

Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se suspenda cu data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizatiei de functionare cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru prelungirea acesteia pana la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioada de maxim 30 zile calendaristice de la data expirarii acesteia;

b) - pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora dar nu mai mult de 6 luni sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

ART. 20

(1) Situatiile prevazute la art. 17 si la art. 18 lit. b) - d) se constata, din oficiu, de catre casa de asigurari de sanatate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

(2) Situatiile prevazute la art. 18 lit. a) si e) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

X. Corespondenta:

ART. 21

3 3 3b) Buton fonator (shut - ventile) 3 2/an 3
 AAAA...
 33. 3Proteza traheala 3a) Canula traheala simpla 3 4/an 3
 3 3 AAAA...
 3 3 3b) Canula traheala Montgomery 3 2/an 3
 AAAA...
 ST

NOTA:

1. Pentru protezele auditive si proteza fonatorie tip vibrator laringian se pot acorda reparatii pentru copiii in varsta de pana la 18 ani.
2. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani se pot acorda simultan 2 proteze auditive daca medicii specialisti recomanda protezare bilaterala.
3. Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazuta in col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

T
 UAAA...;
 3NR.3 DENUMIREA 3 TIPUL 3 TERMEN 3
 3CRT3 DISPOZITIVULUI 3 3INLOCUIRE3
 3 3 MEDICAL 3 3 3
 AAAA...
 3C1 3 C2 3 C3 3 C4 3
 AAAA...
 3 3A. Sistem stomic 3a) sac colector pentru colestomie/ 3 max. 30 3
 3 3unitar (sac stomic 3 ileostomie 3buc./luna3
 3 3de unica utilizareAAA...
 3 3 3b) sac colector pentru urostomie 3 max. 15 3
 3 3 3buc./luna3
 AAAA...
 3 3B. Sistem stomic 3a) pentru colostomie/ileostomie: flansa 3 max. 4 3
 3 3cu doua componente3 suport 3buc./luna3
 3 3 3 si sac colector 3 max. 15 3
 3 3 3buc./luna3
 AAAA...
 3 3 3b) pentru urostomie: 3 max. 4 3
 3 3 3 flansa suport 3buc./luna3
 3 3 3 si sac colector 3 max. 15 3
 3 3 3buc./luna3
 AAAA...
 ST

NOTA:

- In situatii speciale, la recomandarea medicului specialist, pentru sistemele atomice cu doua componente numarul de saci colectori si cel de flanse™suport poate fi modificat, in limita preturilor de referinta cumulate, care se deconteaza lunar pentru 4 buc. flanse-suport si 15 buc. saci colectori.
 Observatie: se va prescrie doar unul din sisteme A. sau B. pentru fiecare tip.

C. Dispozitive pentru incontinenta urinara

T
 UAAA...;
 3NR.3 DENUMIREA 3 TIPUL 3 TERMEN 3
 3CRT3 DISPOZITIVULUI 3 3INLOCUIRE3
 3 3 MEDICAL 3 3 3
 AAAA...
 3C1 3 C2 3 C3 3 C4 3
 AAAA...
 31. 3Condom urinar 3 3 max. 30 3
 3 3 3buc./luna3
 AAAA...
 32. 3Sac colector de 3 3 max. 6 3
 3 3urina 3 3buc./luna3
 AAAA...
 33. 3Sonda Foley 3 3 max. 4 3
 3 3 3buc./luna3
 AAAA...
 34. 3Dispozitiv pentru 3 3 3
 3 3plasarea de benzi 3 3 3
 3 3intravaginale si 3 3 3
 3 3pentru incontinen-3 3 3
 3 3ta urinara 3 3 3
 AAAA...
 ST

D. Proteze pentru membru inferior

T
 UAAA...;

³ NR. ³	DENUMIREA ³	TIPUL	³ TERMEN ³	³ INLOCUIRE ³
³ CRT ³	DISPOZITIVULUI ³			
³	MEDICAL ³			
³ C1 ³	C2 ³	C3 ³	C4 ³	
³ 1.	³ Proteza partiala ³ a) LISEFRANC		³ * ³	
³	³ de picior			
³	³ b) CHOPART		³ * ³	
³	³ c) PIROGOFF		³ * ³	
³ 2.	³ Proteza pentru ³ SYME		³ * ³	
³	³ dezarticulatia de ³			
³	³ glezna			
³ 3.	³ Proteza de gamba ³ a) conventionala, din material plastic, cu ³ * ³			
³	³ contact total			
³	³ b) conventionala, din piele		³ * ³	
³	³ c) geriatrica		³ * ³	
³	³ d) modulara		³ ** ³	
³ 4.	³ Proteza pentru ³ modulara		³ ** ³	
³	³ dezarticulatia de ³			
³	³ genunchi			
³ 5.	³ Proteza de coapsa ³ a) pilon		³ * ³	
³	³ b) combinata		³ * ³	
³	³ c) din plastic		³ * ³	
³	³ d) cu vacuum		³ * ³	
³	³ e) geriatrica		³ * ³	
³	³ f) modulara		³ ** ³	
³	³ g) modulara cu vacuum		³ ** ³	
³ 6.	³ Proteza de sold ³ a) conventionala		³ * ³	
³	³ b) modulara		³ ** ³	

ST

NOTA:

- 1) Prima protezare: 3-12 luni; incepand de la a doua protezare: * 2 ani; ** 4 ani.
- 2) Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta proteza inainte de termenul de inlocuire, prevazuta in col.
- 3) Pentru protezele de membru inferior se pot acorda reparatii pentru copiii in varsta de pana la 18 ani.

E. Proteze pentru membrul superior

³ NR. ³	DENUMIREA ³	TIPUL	³ TERMEN ³	³ INLOCUIRE ³
³ CRT ³	DISPOZITIVULUI ³			
³	MEDICAL ³			
³ C1 ³	C2 ³	C3 ³	C4 ³	
³ 1.	³ Proteza partiala ³ a) functionala simpla		³ * ³	
³	³ de MaNa			
³	³ b) functionala		³ * ³	
³ 2.	³ Proteza de ³ a) functionala simpla		³ * ³	
³	³ dezarticulatie de ³ b) functionala actionata pasiv		³ * ³	
³	³ mainii			
³	³ c) functionala actionata prin cablu		³ * ³	
³	³ d) functionala actionata mioelectric		³ ** ³	
³ 3.	³ Proteza de ³ a) functionala simpla		³ * ³	
³	³ antebrat			

33.	Orteze de	3a) fixa	3	12 luni
3	incheietura mainii			
3	mana	3b) dinamica	3	12 luni
34.	Orteze de	fixa/mobila	3	12 luni
3	incheietura mainii		3	3
3	mana-deget		3	3
35.	Orteze de cot	cu atela/fara atela	3	12 luni
36.	Orteze de cot-		3	12 luni
3	incheietura mainii		3	3
3	mana		3	3
37.	Orteze de umar		3	12 luni
38.	Orteze de umar-cot		3	12 luni
39.	Orteze de umar-cot	3a) fixa	3	12 luni
3	incheietura mainii			
3	mana	3b) dinamica	3	12 luni

NOTA:
 Pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, se poate acorda o alta orteza inainte de termenul de inlocuire, prevazuta in col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificarii datelor avute in vedere la ultima ortezare.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

T	NR.	DENUMIREA	TIPUL	TERMEN
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
31.	Orteze de picior		3	12 luni
32.	Orteze pentru	fixa/mobila	3	12 luni
3	glezna-picior		3	3
33.	Orteze de genunchi	3a) fixa	3	12 luni
3				
3		3b) mobila	3	12 luni
3				
3		3c) Balant	3	2 ani
34.	Orteze de genunchi		3	12 luni
3	glezna-picior			
3		3a) Gambier cu scurtare	3	2 ani
3				
3		3b) Kramer Peroneal Spring (orteza peroniera)	3	2 ani
3				
3		3c) pentru scurtarea membrului pelvin	3	2 ani
35.	Orteze de sold		3	12 luni
36.	Orteze sold -		3	12 luni
3	genunchi		3	3
37.	Orteze de sold-		3	12 luni
3	genunchi-glezna-			
3	picior	3a) coxalgiera (aparata)	3	2 ani
3				
3		3b) Hessing (aparata)	3	2 ani
3				
38.	Orteze pentru	3a) ham Pavlik	3	* 3
3	luxatii de sold			
3	congenitale la	3b) de abductie	3	* 3
3	copii			
3		3c) Dr. Fettwies	3	* 3
3				
3		3d) Dr. Behrens	3	* 3
3				
3		3e) Becker	3	* 3
3				
3		3f) Dr. Bernau	3	* 3

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul primei protezări (activitatea protetică până la prima protezare definitivă) a membrului inferior, prescripția medicală trebuie să specifice modul de protezare și să prevadă tipul protezei definitive.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinența urinară recomandarea se poate face și de către medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în baza scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 2

(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/sotie, fiu/fiică), o persoană imputernicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele careia se află asiguratul, însoțită de carnetul de asigurat sau de un document justificativ - adeverință care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiii se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluate.

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și respectiv emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/inchirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poșta în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat, se întocmesc liste de prioritate pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresa scrisă, expediată prin poșta, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul.

(3) Criteriile pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării dispozitivelor medicale țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și nivelul de urgență stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurări de sănătate.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poșta, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinența urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinența urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare (activitatea protetică până la prima proteză definitivă) se emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteză provizorie și proteză definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, în cadrul primei protezări, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta intră în posesia protezei provizorii.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/inchirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acorda pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale instăntează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4

Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (părinți, soț/sotie, fiu/fiică), o persoană imputernicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluate, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinența urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, asiguratul preda furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART. 5

Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenii de înlocuire a acestora. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul intră în posesia dispozitivului medical.

ART. 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul pretului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Lista prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate specifică pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii

dispozitivului medical sub semnatura beneficiarului cu specificarea domiciliului, a actului de identitate si a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirma expedierea prin posta si primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atasa audiogramele efectuate dupa protezarea auditiva de catre furnizorul care a efectuat audiogramele initiale si care are incheiat cu casa de asigurari de sanatate contract de furnizare de servicii medicale. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenta urinara, fotolii rulante - care se acorda pe o perioada determinata si aparate pentru administrare continua cu oxigen vor atasa si talonul lunar. In cazul inchirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante si aparate pentru administrare continua cu oxigen vor atasa la prima facturare dupa inchirierea dispozitivului medical si dovada verificarii tehnice sau, dupa caz, a verificarii dupa reparare, eliberata de furnizor sau de o unitate de tehnica medicala, daca detin aviz de functionare pentru activitate de reparare, verificare si punere in functiune, emis de Ministerul Sanatatii Publice.

(4) Decontarea in cazul protezarilor pentru membrul superior si/sau inferior se face dupa depunerea de catre asigurat a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validata (confirmata) de medicul de specialitate. In cazul in care asiguratul nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 30 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(5) In cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare, decontarea se face pentru acelasi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei. Pentru prima etapa de protezare valoarea decontata va fi pana la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontata pentru a doua etapa de protezare reprezinta valoarea ramasa pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei respective valabil in momentul emiterii deciziei finale de procurare a protezei.

(6) Decontarea in cazul protezelor auditive se face dupa depunerea de catre asigurat a unui document de validare intocmit de medicul de specialitate O.R.L. care a prescris proteza auditiva, pe baza raportului probei de protezare si a declaratiei pe propria raspundere a asiguratului prin care acesta confirma eficacitatea protezarii. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonala si vocala in camp liber etc.). In cazul in care asiguratul nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurari de sanatate nu va deconta proteza auditiva. La primirea deciziei, asiguratul, unul din membrii familiei (parinti, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau reprezentantul legal declara pe propria raspundere ca se obliga sa se prezinte in termen de 15 zile lucratoare la casa de asigurari de sanatate cu documentele solicitate, in caz contrar i se va imputa contravaloarea protezei auditive.

ART. 7

(1) Pentru dispozitivele medicale care se acorda prin inchiriere, incepand cu anul 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere prevazuta in ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale" cu respectarea prevederilor de la art. 6 (3).

Pana la data intrarii in vigoare a ordinului, casele de asigurari de sanatate deconteaza o suma de inchiriere, care se calculeaza aplicand urmatoarea formula:

$$S1 = Pr/60, \text{ unde:}$$

Pr - pretul de referinta al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 204/69/2005, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

(2) Pentru dispozitivele medicale care au fost acordate prin inchiriere, pentru o perioada mai mare de 12 luni, anterior anului 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza, in functie de data intrarii in vigoare a ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale", o suma lunara de inchiriere lunara, dupa cum urmeaza:

a) pana la data intrarii in vigoare a ordinului, se aplica formula:

$$S2 = (Pr - Sd)/(60 - NI), \text{ unde:}$$

Pr - pretul de referinta al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 204/69/2005, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

Sd - suma decontata de casa de asigurari de sanatate pana la data facturarii;

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

NI - numarul de luni corespunzator perioadei in care dispozitivul medical a fost inchiriat pana la facturare;

b) dupa data intrarii in vigoare a ordinului se aplica formula:

$$S3 = (60 \times Si - Sd)/(60 - NI), \text{ unde:}$$

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

Si - suma de inchiriere conform ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale;

Sd - suma decontata de casa de asigurari de sanatate pana la intrarea in vigoare a ordinului privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere";

NI - numarul de luni corespunzator perioadei in care dispozitivul medical a fost inchiriat pana la intrarea in vigoare a ordinului privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere";

c) Pentru dispozitivele medicale pentru care perioada de inchiriere este mai mica de 12 luni de la acordarea acestora anterior anului 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor incepand cu a 13-a luna conform formulelor de la lit. a) sau b).

(3) Pe toata perioada de inchiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care ramane proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, avand obligatia ca in cazul recuperarii dispozitivului dupa incetarea perioadei de inchiriere la termen/inainte de termen sa anunte in termen de 15 zile lucratoare, casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract.

ART. 8

(1) Certificatul de garantie predat de catre furnizor asiguratului trebuie sa precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producatorului, numele reprezentantului autorizat al producatorului sau numele distribuitorului, dupa caz; tipul; numarul lotului precedat de cuvantul "lot" sau nr. de serie, dupa caz); data fabricatiei/data expirarii; termenul de garantie.

(2) In cadrul termenului de garantie asiguratii pot reclama executarea necorespunzatoare, calitatea sau deteriorarea dispozitivului medical, daca acestea nu s-au produs din vina utilizatorului. In acest caz repararea sau inlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzator va fi asigurata si suportata de catre furnizor.

ART. 9

(1) Repararea dispozitivelor medicale in afara termenului de garantie se aproba de casa de asigurari de sanatate numai pentru copiii in varsta de pana la 18 ani, pentru dispozitivele medicale precizate in anexa nr. 32 la ordin, pe baza cererii scrise intocmite de asigurat, unul din membrii familiei (parinti, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului. Cererea privind aprobarea repararii dispozitivului medical se inregistreaza la casa de asigurari de sanatate in evidentele careia se afla asiguratul si este insotita de certificatul de garantie al dispozitivului medical si devizul estimativ privind costul reparatiei. In vederea constatarii defectarii si a intocmirii unui deviz estimativ privind costul reparatiei, dupa expirarea termenului de garantie, pentru repararea dispozitivului medical, asiguratul se prezinta la furnizorul de la care a procurat respectivul dispozitiv medical si care are aviz de functionare emis de Ministerul Sanatatii Publice pentru repararea dispozitivelor medicale.

(2) Casa de asigurari de sanatate, in termen de cel mult 3 zile lucratoare de la data inregistrarii cererii, este obligata sa ia o hotarare privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de catre casa de asigurari de sanatate se face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal.

(3) In cazul acceptarii, cererile sunt supuse aprobarii si respectiv emiterii unei decizii de aprobare pentru repararea dispozitivului medical in limita fondului aprobat. Decizia se expediază prin posta in maximum 2 zile lucratoare de la emiterea ei. In situatia in care cererile pentru reparatii conduc la depasirea fondului lunar aprobat, se intocmesc liste de prioritate pentru reparatii in functie de numarul de inregistrare al cererii la casa de asigurari de sanatate. In acest caz decizia se emite in momentul in care fondul aprobat pentru dispozitive medicale permite decontarea dispozitivului medical, in ordinea listei de prioritate, casa de asigurari de sanatate fiind obligata sa transmita asiguratului prin adresa scrisa, expediata prin posta, decizia in termen de 2 zile lucratoare de la data emiterii acesteia.

(4) Criteriile pentru solutionarea listelor de prioritate in vederea repararii dispozitivelor medicale tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si nivelul de urgenta stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurari de sanatate.

(5) Fiecare decizie se emite si se elibereaza in doua exemplare, din care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurari de sanatate, si un exemplar ramane la casa de asigurari de sanatate.

(6) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru repararea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de catre casa de asigurari de sanatate, perioada in care asiguratul, unul din membrii familiei (parinti, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adreseaza unuia dintre furnizorii de dispozitive medicale aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate care a emis decizia. Furnizorul de dispozitive medicale va instiinta casa de asigurari de sanatate despre primirea deciziilor de aprobare pentru repararea acestor dispozitive medicale, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data primirii acestora.

(7) Pentru repararea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii familiei (parinti, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adreseaza cu decizia de aprobare pentru repararea dispozitivului furnizorului cu care casa de asigurari de sanatate are incheiat contract. In cadrul termenului de inlocuire a dispozitivului medical, casele de asigurari de sanatate pot deconta una sau mai multe reparatii, a caror valoare totala nu trebuie sa depaseasca 50% din pretul de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de aprobare pentru repararea dispozitivului medical.

ANEXA 34

CONTRACT

de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

I. PARTILE CONTRACTANTE

Casa de asigurari de sanatate cu sediul in municipiul/orasul str. nr. ..., judetul/sectoral, telefon/fax, reprezentata prin presedinte TM director general

si

furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal, cu Certificatul de inregistrare*) seria codul unic de inregistrare nr., avand sediul social in localitatea str. nr., telefon, fax, contul nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca, dovada de evaluare pentru sediul social nr./data, dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr./data, autorizatia/autorizatiile de utilizare a dispozitivelor medicale si/sau, dupa caz, certificatul/certIFICATELE de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii Publice sau declaratia de conformitate EC emisa de producator, dupa caz avizul de functionare si/sau certificatul de inregistrare al producatorului de dispozitive medicale, dupa caz, emis de Ministerul Sanatatii Publice, dovada de raspundere civila in domeniul medical, valabila pe toata perioada derularii contractului, lista preturilor de vanzare cu amanuntul pentru dispozitivele a caror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate;

*) Certificatul de inregistrare cu cod unic de inregistrare sau, dupa caz, act de infiintare conform prevederilor legale in vigoare.

II. OBIECTUL CONTRACTULUI

ART. 1

Obiectul prezentului contract il constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. DISPOZITIVE MEDICALE FURNIZATE

ART. 2

Dispozitivele medicale furnizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate sunt prevazute in anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de

aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si constau in:

- a)
- b)
- c)

IV. DURATA CONTRACTULUI

ART. 3

Prezentul contract este valabil de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

ART. 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul partilor pe toata durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

V. OBLIGATIILE PARTILOR

A. Obligatiile casei de asigurari de sanatate

ART. 5

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

- a) sa incheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale evaluati astfel incat sa se asigure punerea in aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si a normelor metodologice de aplicare a acestuia si sa faca publica lista in ordine alfabetica a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social si punctul de lucru din judetul respectiv, pentru informarea asiguratului;
- b) sa informeze furnizorii de dispozitive medicale asupra conditiilor de contractare si a negocierii clauzelor contractuale;
- c) sa verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor incheiate cu acestia;
- d) sa emita decizii privind aprobarea procurarii dispozitivului medical, conform bugetului aprobat;
- e) sa precizeze in decizia de procurare a dispozitivului medical pretul de referinta/suma de inchiriere suportata de casa de asigurari de sanatate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, a dispozitivului medical furnizat de acestia si sa specifice pe verso-ul deciziei lista furnizorilor de dispozitive medicale, care furnizeaza dispozitivul medical aprobat in decizie, cu care casa de asigurari de sanatate se afla in relatii contractuale;
- f) sa respecte dreptul asiguratului de a-si alege furnizorul de dispozitive medicale evaluat si sa puna la dispozitia asiguratilor, o data cu decizia, prin posta, lista tuturor preturilor de vanzare cu amanuntul pentru dispozitivul aprobat prin decizie;
- g) sa asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor si a documentelor insotitoare;
- h) sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfasurata de furnizorii de dispozitive medicale, in baza contractelor incheiate cu acestia;
- i) sa tina evidenta deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, respectiv pentru cetateni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european, precum si evidenta dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat respectiv pentru cetateni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european;
- j) sa verifice daca emitentul prescriptiei medicale se afla in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate. Prin emitent se intelege furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale.
- k) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; pana la intrarea in functiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizeaza sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurari de sanatate.

B. Obligatiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6

Furnizorul de dispozitive medicale are urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte prevederile legale privind conditiile de introducere pe piata si de punerea in functiune a dispozitivelor medicale;
- b) sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale in vigoare;
- c) sa livreze dispozitivele medicale si sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care detin dovada de evaluare;
- d) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea si buna functionare a dispozitivului medical;
- e) sa livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat in nota de comanda, astfel incat datele avute in vedere de catre medicul specialist la emiterea recomandarii medicale sa nu sufere modificari, in conditiile in care asiguratul respecta programarea pentru proba a dispozitivului medical la comanda;
- f) sa transmita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vederea calcularii preturilor de referinta ale dispozitivelor medicale, preturile de vanzare cu amanuntul ale dispozitivelor medicale insotite de autorizatiile de utilizare si/sau, dupa caz, de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sanatatii Publice sau declaratia de conformitate EC emisa de producator dupa caz, si care trebuie sa fie aceleasi cu cele din lista preturilor de vanzare cu amanuntul pentru dispozitivele a caror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate prezentata la contractare;
- g) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si demnitatea si intimitatea acestora;
- h) sa emita, in vederea decontarii, facturile insotite de: copia certificatului de garantie, declaratia de conformitate pentru dispozitivele la comanda, dupa caz, conform prevederilor legale in vigoare, audiogramele efectuate dupa protezarea auditiva de catre furnizorul care a efectuat audiogramele initiale si care a incheiat cu casa de asigurari de sanatate contract de furnizare de servicii medicale, dupa caz, talonul lunar pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinenta urinara, fotoliile rulante si aparatele pentru administrare continua cu oxigen, dupa caz, dovada verificarii tehnice sau a verificarii dupa reparare, dupa caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnatura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate si a codului numeric personal sau a documentelor ce confirma expedierea prin posta si primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate;
- i) sa respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale in mod nediscriminatoriu;
- j) sa anunte casa de asigurari de sanatate, in cazul dispozitivelor medicale la comanda, despre primirea deciziilor de aprobare in termen de maxim 5 zile lucratoare de la data primirii acestora.
- k) sa utilizeze "sistemul informatic unic integrat". In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic acesta trebuie sa fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

l) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea uneia sau mai multora dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale in termen de maxim 10 zile lucratoare de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului.

m) sa livreze de la data aderarii Romaniei la Uniunea Europeana, dispozitive medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, in perioada de valabilitate a cardului si in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

VI. MODALITATI DE PLATA

ART. 7

Documentele in baza carora se face decontarea se depun la casa de asigurari de sanatate pana la data de a fiecarei luni urmatoare celei pentru care se face decontarea.

ART. 8

(1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta. Daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta fiscala.

(2) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din fondul national unic pentru asigurari sociale de sanatate in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor evaluati de dispozitive medicale sunt mai mari decat pretul de referinta al acestui dispozitiv medical, casa de asigurari de sanatate deconteaza integral, contravaloarea dispozitivului medical la pretul de vanzare cu amanuntul cel mai mic. In situatia in care pentru un dispozitiv medical, preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor evaluati de dispozitive medicale sunt mai mici sau mai mari decat pretul de referinta, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral, pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta respectiv pretul de referinta, daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere pentru dispozitivele medicale prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

ART. 9

In cadrul termenului de inlocuire a dispozitivului medical, casele de asigurari de sanatate pot deconta una sau mai multe reparatii, a caror valoare totala nu trebuie sa depaseasca 50% din pretul de referinta valabil in momentul emiterii deciziei privind aprobarea repararii dispozitivului medical.

ART. 10

(1) Decontarea la furnizor a dispozitivelor medicale care se acorda pe o perioada nedeterminata se face de catre casele de asigurari de sanatate la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de procurare a dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor. Factura emisa de furnizor este insotita de copia certificatului de garantie, declaratia de conformitate specifica pentru dispozitivele medicale la comanda, dupa caz, conform prevederilor legale in vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnatura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate si a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirma expedierea prin posta si primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atasa audiogramele efectuate dupa protezare auditiva de catre furnizorul care a efectuat audiogramele initiale si care are incheiat cu casa de asigurari de sanatate contract de furnizare de servicii medicale. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenta urinara, fotolii rulante - care se acorda pe o perioada determinata si aparate pentru administrare continua cu oxigen vor atasa si talonul lunar. In cazul inchirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante si aparate pentru administrare continua cu oxigen vor atasa la prima facturare dupa inchirierea dispozitivului medical si dovada verificarii tehnice sau, dupa caz, a verificarii dupa reparare, eliberata de furnizor sau de o unitate de tehnica medicala, daca detin aviz de functionare pentru activitate de reparare, verificare si punere in functiune, emis de Ministerul Sanatatii Publice.

(2) Decontarea in cazul protezarilor pentru membrul superior si/sau inferior se face dupa depunerea de catre asigurat a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validata (confirmata) de medicul de specialitate. In cazul in care asiguratul nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 30 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurari de sanatate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectiva.

(3) In cazul protezelor pentru membrul inferior, la prima protezare decontarea se face pentru acelasi furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei. Pentru prima etapa de protezare valoarea decontata va fi pana la nivelul pretului de referinta valabil in momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontata pentru a doua etapa de protezare reprezinta valoarea ramasa pana la nivelul de 125% al pretului de referinta al protezei respective, valabil in momentul emiterii deciziei finale de procurare a protezei.

(4) Decontarea in cazul protezelor auditive se face dupa depunerea de catre asigurat a unui document de validare intocmit de medicul de specialitate O.R.L. care a prescris proteza auditiva, pe baza raportului probei de protezare si a declaratiei pe propria raspundere a asiguratului prin care acesta confirma eficacitatea protezarii. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonala si vocala in camp liber etc.). In cazul in care asiguratul nu se prezinta la casa de asigurari de sanatate cu acest document in termen de 15 zile lucratoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurari de sanatate nu va deconta proteza auditiva. La primirea deciziei asiguratul, unul din membrii familiei (parinti, sot/sotie, fiu/fiica), o persoana imputernicita de acesta sau reprezentantul legal declara pe propria raspundere ca se obliga sa se prezinte in termen de 15 zile lucratoare la casa de asigurari de sanatate cu documentele solicitate, in caz contrar i se va imputa contravaloarea protezei auditive. Medicii de specialitate care efectueaza audiograme si care fac recomandari pentru protezare auditiva sunt cei care efectueaza si audiograma dupa protezare.

(5) Pentru dispozitivele medicale care se acorda prin inchiriere, incepand cu anul 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere prevazuta in ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale" cu respectarea prevederilor de la art. 6 (3) din Anexa nr. 33 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006.

Pana la data intrarii in vigoare a ordinului, casele de asigurari de sanatate deconteaza o suma lunara de inchiriere, care se calculeaza aplicand urmatoarea formula:

$S1 = Pr/60$, unde:

Pr - pretul de referinta al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 204/69/2005, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

(6) Pentru dispozitivele medicale care au fost acordate prin inchiriere, pentru o perioada mai mare de 12 luni, anterior anului 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza, in functie de data intrarii in vigoare a ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale", o suma de inchiriere lunara, dupa cum urmeaza:

a) pana la data intrarii in vigoare a ordinului, se aplica formula:

$S2 = (Pr - Sd)/(60 - NI)$, unde:

Pr - pretul de referinta al dispozitivului medical, conform Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 204/69/20055 publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 248 din 24 martie 2005;

Sd - suma decontata de casa de asigurari de sanatate pana la data facturarii;

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

NI - numarul de luni corespunzator perioadei in care dispozitivul medical a fost inchiriat pana la facturare;

b) dupa data intrarii in vigoare a ordinului se aplica formula:

$S3 = (60 \times Si - Sd)/(60 - NI)$, unde:

60 - numar de luni corespunzatoare timpului de inlocuire al tipului de dispozitiv medical inchiriat;

Si - suma de inchiriere conform ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale;

Sd - suma decontata de casa de asigurari de sanatate pana la intrarea in vigoare a ordinului privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere";

NI - numarul de luni corespunzator perioadei in care dispozitivul medical a fost inchiriat pana la intrarea in vigoare a ordinului privind "Lista preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere";

c) Pentru dispozitivele medicale pentru care perioada de inchiriere este mai mica de 12 luni de la acordarea acestora anterior anului 2007, casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor incepand cu a 13-a luna conform formulelor de la lit. a) sau b).

(7) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale si asigurarea accesului asiguratilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii/repararii dispozitivelor medicale emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati, pe categorii de dispozitive medicale, respectiv pentru reparatii.

(8) Criteriile pentru solutionarea listelor de prioritate in vederea acordarii dispozitivelor medicale tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si nivelul de urgenta stabilit de Serviciul Medical al casei de asigurari de sanatate.

ART. 11

Plata dispozitivelor medicale se face in contul furnizorului de dispozitive medicale nr. deschis la Trezoreria statului sau contul nr. deschis la Banca, la data de

ART. 12

Decontarea dispozitivelor medicale se face in termen de maximum 30 de zile de la depunerea documentelor justificative, conform normelor financiar-contabile si dispozitiilor Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

VII. RASPUNDEREA CONTRACTUALA

ART. 13

Pentru neindeplinirea obligatiilor contractuale partea in culpa datoreaza celeilalte parti daune-interese.

VIII. CLAUZA SPECIALA

ART. 14

(1) Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita dupa data semnarii contractului, si care impiedica executarea acestuia, este considerata ca forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. Sunt considerate forta majora, in sensul acestei clauze, imprejurari ca: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo.

(2) Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte in termen de 5 zile de la data aparitiei respectivului caz de forta majora si, de asemenea, de la incetarea acestui caz.

(3) Daca nu procedeaza la anuntarea in termenele prevazute mai sus a inceperii si incetarii cazului de forta majora, partea care il invoca suporta toate daunele provocate celeilalte parti prin neanuntarea in termen.

(4) In cazul in care imprejurarile care obliga la suspendarea executarii prezentului contract se prelungesc pe o perioada mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezolutiunea contractului.

IX. INCETAREA SI REZILIEREA CONTRACTULUI

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliaza de plin drept la data producerii situatiei in care din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice:

(2) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data constatarii, in urmatoarele situatii:

a) ridicarea de catre organele in drept a avizului de functionare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestuia;

b) retragerea evaluarii sau expirarea termenului de valabilitate a evaluarii;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu detine autorizatie de utilizare/certificat de inregistrare a dispozitivului medical emisa/emis de Ministerul Sanatatii Publice;

d) nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art. 6 lit. a, b, c, d, g, k si l.

e) la a doua constatare a nerespectarii termenului de 5 zile pentru remedierea situatiilor prevazute la art. 6 lit. e, h, i si j;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate.

ART. 16

Contractul de furnizare de dispozitive medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- b) incetarea definitiva a activitatii caselor de asigurari de sanatate;
- c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului.

ART. 17

Situatiile prevazute la art. 15 si art. 16 lit. a) - c) se constata din oficiu de catre casa de asigurari de sanatate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatia prevazuta de art. 16 lit. d) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea contractului.

X. CORESPONDENTA

ART. 18

Corespondenta legata de derularea prezentului contract se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor. Fiecare parte contractanta este obligata ca in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezentul contract sa notifice celeilalte parti contractante schimbarea survenita.

XI. MODIFICAREA CONTRACTULUI

ART. 19

Prezentul contract se poate modifica prin negociere si acord bilateral, la initiativa oricarei parti contractante, sub rezerva notificarii scrise a intentiei de modificare si a propunerilor de modificare cu cel putin zile inaintea datei de la care se doreste modificarea.

Modificarea se va face printr-un act aditional semnat de ambele parti care va constitui anexa la prezentul contract.

ART. 20

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

ART. 21

Daca o clauza a acestui contract ar fi declarata nula, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de aceasta nulitate. Partile convin ca orice clauza declarata nula sa fie inlocuita printr-o alta clauza care sa corespunda cat mai bine cu putinta spiritului contractului.

XII. SOLUTIONAREA LITIGIILOR

ART. 22

(1) Litigiile nascute in legatura cu incheierea, executarea, modificarea si incetarea ori alte pretentii decurgand din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de solutionare pe cale amiabila.

(2) Litigiile nesolutionate conform alin. (1) sunt de competenta Comisiei de Arbitraj care va solutiona cauza potrivit legii sau, dupa caz, a instantelor de judecata.

ART. 23

Hotararile Comisiei de Arbitraj pot fi atacate la instantele judecatoresti competente.

XIII. ALTE CLAUZE:

.....
.....
.....

Prezentul contract de furnizare de dispozitive medicale in cadrul sistemului de asigurari de sanatate a fost incheiat astazi in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte contractanta.

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE FURNIZOR
DE DISPOZITIVE MEDICALE

Presedinte - Director general, Reprezentant legal,

.....

Director executiv al Directiei
Management si Economie

.....

Director executiv al Directiei
Planificare, Dezvoltare,
Relatii cu Furnizorii

.....

Vizat

Compartiment juridic si contencios

ANEXA 35A

ANEXA LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII SI
INCONTINENTA URINARA NR. /

asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2

(1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de catre:

a) medicii din cabinetele medicale scolare/studentesti pentru elevi, respectiv studenti daca nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie sau in situatia in care cabinetul medicului de familie nu se afla in aceeasi localitate cu unitatea de invatamant respectiva,

b) medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie,

c) medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii incredintati ori dati in plasament daca nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie,

d) medicii din alte institutii de ocrotire sociala, daca persoanele institutionalizate nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

(2) Eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, in tratamentul ambulatoriu se face de catre:

a) medicii din cabinetele scolare si studentesti,

b) medicii din caminele de batrani,

c) medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap.

III. Prezenta conventie este valabila de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

IV. Obligatiile partilor

ART. 3

Casa de asigurari de sanatate are urmatoarele obligatii:

a) sa informeze medicii cu care incheie conventii asupra conditiilor in care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau prescriptii medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, in tratamentul ambulatoriu;

b) sa controleze medicii privind modul de desfasurare a activitatii ce face obiectul prezentei conventii;

c) sa tina evidente distincte cu formularele de prescriptii medicale cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, distribuite medicilor, precum si a prescriptiilor medicale eliberate de acestia;

d) sa monitorizeze lunar consumul de medicamente cu si fara contributie personala, pe medic si pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta;

e) sa monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a incheiat conventii;

ART. 4

Medicii care elibereaza biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau elibereaza prescriptii medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

b) sa respecte confidentialitatea datelor si informatiilor privitoare la certificatele de concediu medical eliberate asiguratilor;

c) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre orice modificare privind conditiile care au stat la baza incheierii conventiei;

d) sa puna la dispozitie organelor de control ale casei de asigurari de sanatate documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala;

e) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

f) sa furnizeze tratamentul adecvat si sa prescrie medicamentele prevazute in Lista cu medicamente de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala care se aproba prin hotarare a Guvernului conform specializarii, in concordanta cu diagnosticul;

g) sa prescrie medicamente in urmatoarele conditii:

- medicii din cabinetele scolare si studentesti prescriu medicamente in caz de urgenta medicala, numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 3 zile, pentru elevii si studentii care urmeaza o forma de invatamant in alta localitate decat cea de resedinta si care nu sunt inscrisi la un medic de familie din localitatea unde se afla unitatea de invatamant; medicii respectivi au obligatia sa transmita prin scrisoarea medicala medicului de familie la care este inscris elevul sau studentul diagnosticul si tratamentul prescris;

- medicii din caminele de batrani pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, daca nu sunt inscrisi in lista unui medic de familie;

- medicii din institutiile aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Handicap, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, in situatia in care persoanele institutionalizate nu sunt inscrise in lista unui medic de familie.

V. Incetarea si rezilierea conventiei

ART. 5

Prezenta conventie se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de 10 zile calendaristice de la data constatarii, in urmatoarele situatii:

a) ridicarea de catre organele in drept a autorizatiei de libera practica/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania a medicului care elibereaza bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau elibereaza prescriptii medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligatiilor asumate prin prezenta conventie, constatata cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurari de sanatate;

c) neanuntarea casei de asigurari de sanatate cu privire la orice modificare in legatura cu conditiile care au stat la baza incheierii conventiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, in termen de 10 zile lucratoare;

d) refuzul medicului de a pune la dispozitie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberarii biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala, potrivit prezentei conventii.

ART. 6

Prezenta conventie inceteaza cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

- a) medicul nu mai desfasoara activitate in cabinetul medical/unitatea sanitara din raza administrativ teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care a incheiat conventie;
- b) incetare prin desfiintare sau reprofilare, dupa caz a cabinetului medical/unitatii sanitare in care isi desfasoara activitatea medicul care a incheiat conventia;
- c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;
- d) acordul de vointa al partilor;
- e) denuntarea unilaterala a conventiei de catre medic sau de catre reprezentatul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea conventiei;
- f) a survenit decesul medicului;
- g) medicul renunta sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

ART. 7

Situatiile prevazute la art. 5 si la art. 6 lit. b), f), g) se constata de catre casa de asigurari de sanatate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricarei persoane interesate.

Situatia prevazuta la art. 6 lit. a) se notifica casei de asigurari de sanatate cu cel putin 30 de zile inaintea datei de la care se doreste incetarea conventiei.

VI. Corespondenta

ART. 8

Corespondenta legata de derularea prezentei conventii se efectueaza in scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul partilor.

Fiecare parte din conventie este obligata ca, in termen de 3 zile lucratoare din momentul in care intervin modificari ale datelor ce figureaza in prezenta conventie, sa notifice celeilalte parti schimbarea survenita.

VII. Modificarea conventiei

ART. 9

In conditiile aparitiei unor noi acte normative in materie, care intra in vigoare pe durata derularii prezentei conventii, clauzele contrare se vor modifica si se vor completa in mod corespunzator.

Prezenta conventie a fost incheiata astazi, in doua exemplare a cate pagini fiecare, cate unul pentru fiecare parte din conventie.

Casa de Asigurari de Sanatate	Medic
Presedinte - director general,	
.....

Vizat
Compartiment juridic si contencios,
.....

*) Modelul de conventie se va adapta in functie de obiectul conventiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice si/sau eliberarea prescriptiilor medicale pentru medicamente cu si fara contributie personala.

ANEXA 37

CONVENTIE privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicesti (recomandare de internare)

I. Partile conventiei

Casa de Asigurari de Sanatate, cu sediul in municipiul/orasul, str. nr., judetul/sectorul, tel./fax, reprezentata prin presedinte - director general,
si
Unitatea medico-sociala, reprezentata prin, cu autorizatie sanitara de functionare nr., din, avand sediul in municipiul/orasul/comuna, str., nr., judetul/sectorul, telefon

II. Obiectul conventiei

ART. 1

Obiectul prezentei conventii il constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicesti conform Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anul 2007, aprobat prin <LLNK 12006 1842 20 301 0 34>Hotararea Guvernului nr. 1842/2006 si normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2

Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicesti se face de catre urmatoorii medici:

1. Medicul (nume, prenume) CNP cod parafa Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. /
2. Medicul (nume, prenume) CNP cod parafa Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. /
3. Medicul (nume, prenume) CNP cod parafa Autorizatia de libera practica/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. /

III. Prezenta conventie este valabila de la data incheierii pana la 31 decembrie 2007.

IV. Obligatiile partilor

