

Contract din 21/12/2006

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1034 din 27/12/2006\

Contract cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007

CAPITOLUL I

Dispoziții generale

Art. 1. - (1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate, aflați în relație contractuală, au obligația să respecte prevederile contractului-cadru și ale normelor.

(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, încheiate între furnizorii și casele de asigurări de sănătate.

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

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

Art. 3. - (1) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, precum și alte documente, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu, prin afișare la sediul instituției, publicare pe pagina web a acesteia și anunț în mass-media.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale și de medicamente depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenul stabilit de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate pot stabili alte termene de contractare în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor alocate fiecărui tip de asistență.

Art. 4. - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu contractate, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a deconta unele servicii raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta, cu precizarea temeiului legal care a stat la baza refuzului.

(3) Litigiile dintre furnizorii și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia de Arbitraj organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau, după caz, de către instanțele de judecată.

Art. 5. - (1) În cazul în care contractul dintre furnizorii și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurări de sănătate și, după caz, confirmate de Comisia de Arbitraj dacă au existat contestații sau de către instanțele de judecată, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de un an de la data încetării contractului. La reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractele încetează din nou din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi.

(2) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceiași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare - puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile de la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre punctele de lucru.

Art. 6. - (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanții ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentari din România, Colegiului Farmacienților din România și Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România.

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

(3) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care acestea se află în relații contractuale.

Art. 7. - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziție organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar - contabilă a serviciilor furnizate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control, actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate și a documentelor justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 8. - (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului profesional al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale și a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte a cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală această evidență în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.

Art. 9. - (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene și ai altor state cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României și au obligația să comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate.

(2) De la data aderării României la Uniunea Europeană, furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulator, precum și dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația să întocmească evidențe distincte ale pacienților cetățeni ai statelor membre ale Uniunii Europene, titulari ai cardului european, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.

Art. 10. - Atribuțiile ce revin, potrivit prezentei hotărâri, autorităților de sănătate publice județene și a municipiului București sunt exercitate de către direcțiile medicale sau de structurile similare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Art. 11. - Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului. Documentele care

stau la baza decontării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică prin semnătură reprezentanților legali ai furnizorilor care răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice
pentru furnizorii de servicii medicale

SEC IUNEA 1

Condiții de eligibilitate

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

- a) să fie organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

SEC IUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractelor

Art. 13. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentanții legali pe baza următoarelor documente:

- a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, actul de înființare sau organizare, după caz;
- b) autorizația sanitară de funcționare sau după caz, raportul de inspecție eliberat de autoritatea de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de lege;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- d) codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie BI/CI), după caz;
- e) dovada de evaluare a furnizorului;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor cât și pentru personalul medico-sanitar angajat pe toată perioada derulării contractului.

(2) Casele de asigurări de sănătate pot solicita și alte documente strict necesare încheierii contractelor, aprobate prin decizie a președintelui-director general, cu acordul prealabil al tuturor furnizorilor ce reprezintă același segment de asistență medicală.

SEC IUNEA a 3-a

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

Art. 14. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, referitor la diagnostic și tratament;
- b) să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului referitor la actul medical;
- c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de

desfășurătoarele/documentele justificative privind activitățile realizate, separat pentru asigurați, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistență medicală pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru cetățenii titulari ai cardului european și pentru cetățenii statelor cu care România a încheiat acorduri, în elegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an, conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

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

f) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să consemneze în acest bilet sau să atașeze la bilet în copie rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu precum și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se solicită internarea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor paraclinice medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului curia urmând să se adreseze;

g) să completeze corect și la zi toate documentele privind evidențele obligatorii din sistemul informațional al Ministerului Sănătății Publice cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; pentru asigurații incluși în programul național cu scop curativ, alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați prin actele normative în vigoare;

i) să respecte programul de lucru pe care și îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și autorităților de sănătate publice;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea uneia sau mai multora dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de maxim 10 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

k) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de informare organizate de casele de asigurări de sănătate și de autoritățile de sănătate publice;

l) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală care se aprobă prin hotărârea Guvernului conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

m) să recomande investigații paraclinice în concordanță cu diagnosticul și să utilizeze biletele de trimitere pentru investigațiile paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate care sunt formulare cu regim special, unice pe ar;

n) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită;

o) să acorde servicii medicale asiguraților fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide;

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

r) să elibereze acte medicale, în condițiile stabilite în norme;

s) să solicite documentele care atestă calitatea de asigurat, în condițiile prevăzute în norme;

t) să respecte protocoalele de practică elaborate conform dispozițiilor legale;

u) să raporteze lunar în format electronic casei de asigurări de sănătate, la nivelul căreia funcționează "sistemul informatic unic integrat", investigațiile medicale paraclinice recomandate în regim ambulatoriu și denumirile comune internaționale din lista medicamentelor cu cifră contribuției personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, pe CNP.

v) să acorde de la data aderării României la Uniunea Europeană, asistență medicală necesară titularilor cardului european emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene, în perioada de valabilitate a cardului și în acele condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

x) să utilizeze "sistemul informatic unic integrat". În situația în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu "sistemul informatic unic integrat" caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.

Art. 15. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate, realizate și raportate în limita valorii de contract încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, partea de contribuție personală a asiguratului pentru unele servicii medicale, precum și coplata reprezentând diferența dintre tariful decontat de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și tariful maximal stabilit de Ministerul Sănătății Publice, pentru unele servicii medicale stabilite prin norme;

d) să negocieze în calitate de parte contractant clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 16. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților precum și valoarea de contract;

b) să controleze actele de evidență financiar-contabile a serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare;

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțite de descrierile privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

e) să utilizeze "sistemul informatic unic integrat"; până la intrarea în funcțiune a "sistemului informatic unic integrat" se utilizează sistemul informatic existent la nivelul casei de asigurări de sănătate;

f) să monitorizeze numărul serviciilor medicale acordate de către furnizorii cu care se află în relații contractuale;

g) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare și a negocierii clauzelor contractuale;

h) să informeze furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de furnizare a serviciilor medicale și despre orice schimbare în modul de funcționare și de acordare a acestora;

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

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

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

l) să încaseze de la medicii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat, contravaloarea acestor servicii precum și contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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

a) servicii medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor;

b) unele servicii medicale de înalt performanță;

c) unele servicii de asistență stomatologică;

d) servicii hoteliere cu grad înalt de confort;

e) corecții estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani;

f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport;

g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților;

h) fertilizare in vitro;

i) transplantul de organe și esuturi, cu excepția grefelor;

j) asistență medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă;

k) contravaloarea unor materiale necesare corecției viziului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;

l) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale;

m) serviciile medicale solicitate de asigurat;

n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie;

o) cheltuieli de personal aferente medicilor și asistenților medicali precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;

p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;

q) servicii hoteliere solicitate de pacienții a căror afecțiune se tratează în spitalizare de zi;

r) cheltuieli de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;

s) servicii de planificare familială acordate de medicii de familie în cabinetele de planing din structura spitalului;

t) cheltuieli de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuro-psiho-motorie sau pentru copiii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

u) activități care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, LSM - staționară de zi, cabinete medicale de boli infecțioase din structura spitalelor.

(2) Serviciile altele decât cele prevăzute la alin. (1) lit. b), c), f) și n) și contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilesc prin norme.

(3) Programul național de diabet zaharat se finanțează integral din bugetul Ministerului Sănătății Publice prin transfer de la bugetul de stat către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale

de s n tate i din veniturile proprii pentru componentele "Tratamentul cu insulin al bolnavilor cu diabet zaharat" i "Tratamentul cu antidiabetice orale a bolnavilor cu diabet zaharat".

(4) Costurile investiga iilor, spitaliz rii, interven iilor chirurgicale, medicamentelor, materialelor sanitare, al îngrijirilor postoperatorii, costurile medicamentelor i serviciilor aferente posttransplant, precum i cheltuielile legate de coordonarea de transplant se deconteaz de la bugetul de stat i din veniturile proprii ale Ministerului S n t ii Publice, pentru pacien ii inclu i în programul na ional de transplant.

(5) Tratamentul în cazul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie, tratamentul cu chelatori de fier ai bolnavilor cu talasemie, tratamentul bolnavilor cu osteoporoz , tratamentul bolnavilor cu gu datorat caren ei de iod i prolifer rii maligne, tratamentul bolnavilor cu infec ie HIV/SIDA i postexpunere (profesional i vertical), tratamentul bolnavilor cu tuberculoz , precum i preven ia i tratamentul mucoviscidozei se finan eaz din Fondul na ional unic de asigur ri sociale de s n tate i în completare din bugetul Ministerului S n t ii Publice prin transfer de la bugetul de stat i din venituri proprii c tre bugetul Fondului na ional unic de asigur ri sociale de s n tate.

SEC IUNEA a 4-a

Condi ii de reziliere, încetare i suspendare a contractelor

Art. 18. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaz de plin drept la data producerii urm toarelor situa ii;

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

b) dac din motive imputabile furnizorului acesta î i întrerupe activitatea pe o perioad mai mare de 30 de zile calendaristice;

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaz de plin drept printr-o notificare scris a casei de asigur ri de s n tate, în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constat rii urm toarelor situa ii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la ridicarea de c tre organele în drept a autoriza iei sanitare de func ionare sau a documentului similar, de la încetarea termenului de valabilitate a acestora, de la data încet rii valabilit ii dovezii de evaluare a furnizorului;

b) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor înso ite de desf ur toarele privind activit ile realizate conform contractului, în vederea decont rii de c tre casele de asigur ri de s n tate a serviciilor realizate, pentru o perioad de dou luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv trei luni într-un an;

c) refuzul furnizorilor de a pune la dispozi ia organelor de control ale Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate i ale caselor de asigur ri de s n tate actele de eviden financiar-contabil a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate i documentele justificative privind sumele decontate din Fondul na ional unic de asigur ri sociale de s n tate;

d) nerespectarea obliga iilor contractuale prev zute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), t), v), x) precum i la constatarea, în urma controlului efectuat de c tre serviciile specializate ale caselor de asigur ri de s n tate, c serviciile raportate conform contractului în vederea decont rii acestora nu au fost efectuate;

e) la a doua constatare a nerespect rii termenului de 5 zile lucr toare pentru remedierea oric reia dintre situa iile prev zute la art. 14 lit. e), f), h), k), o), p), q), u);

f) la a patra constatare a nerespect rii a oric reia dintre obliga iile prev zute la art. 14 lit. b), g) i s);

g) la prima constatare dup aplicarea de trei ori a m surilor pentru nerespectarea obliga iei prev zut la art. 14 lit. i).

Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale înceteaz cu data la care a intervenit una dintre urm toarele situa ii:

- a) furnizorul de servicii medicale se mută din raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;
- c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea temeiului legal.

Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situații:

- a) - expirarea termenului de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru prelungirea acesteia până la termenul de expirare; suspendarea se face pentru o perioadă de maxim 30 zile calendaristice de la data expirării acesteia;
- b) - pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

SEC IUNEA a 5-a

Condiții speciale

Art. 21. - (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale, respectiv coplata prevăzute la unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 (3) din Legea nr. 95, cu modificările și completările ulterioare, din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca și oricărui asigurat, iar suma aferentă contribuției personale respectiv coplata, prevăzute la unele servicii medicale se suportă din bugetele ministerelor și instituțiilor respective.

SEC IUNEA a 6-a

Asistență medicală primară - Condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

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

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate pentru medici nou veniți și numai în format electronic, însoțite de o declarație

pe propria răspundere privind valabilitatea listei la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, pentru furnizorul care a avut contract cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.

(3) Necesarul de medici de familie și numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale de pe listele medicilor de familie din mediul rural pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizorii și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanții ai caselor de asigurări de sănătate și ai autorităților de sănătate publică, împreună cu reprezentanții colegiilor teritoriale ale medicilor, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrși pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, în termen de 6 luni de la încheierea contractului.

(5) Medicilor de familie al căror număr de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, înscrși pe listele proprii scade, timp de 6 luni consecutive, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se poate rezilia contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a analizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, de către comisia constituită conform alin. (3). Asigurații de pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștință asiguraților de către casele de asigurări de sănătate.

(6) Numărul optim de asigurați înscrși în listele medicilor de familie este de 2.000.

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

Art. 23. - (1) Medicul de familie, prin reprezentantul său legal, încheie contract cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei raș administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical, sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților înscrși, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asigurații.

Art. 24. - Medicii de familie acordă asistență medicală potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurați și a plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

Art. 25. - Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea. Pentru cadrele didactice controlul medical se poate efectua la începutul anului școlar.

Pentru asigurații care nu sunt în evidența medicului de familie cu o boală cronică, controlul medical se poate efectua la solicitarea expresă a asigurații sau atunci când acesta se prezintă la medicul de familie pentru o afecțiune acută. De asemenea controlul medical se poate efectua și la

solicitarea medicului de familie. Ca urmare a controlului medical medicul de familie va încadra asiguratul într-o grup de risc și va consemna acest lucru în fișa medicală.

Art. 26. - Pentru asigurarea calității serviciilor medicale, cabinetele medicale vor funcționa cu asistenți medicali.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

Art. 27. - Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acord servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbătorile legale, în afara programului de lucru se acord servicii medicale de către medicii de familie în centrele de permanență înființate și organizate conform prevederilor legale în vigoare. În situația în care nu sunt îndeplinite condițiile de organizare a unui centru de permanență, continuitatea acordării asistenței medicale primare se asigură de către medicii de familie care domiciliază în localitățile respective, conform unui program stabilit de medicii respectivi cu autoritățile de sănătate publică și comunicat casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

Art. 28. - (1) Programul de activitate sînt mînal al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și două ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. În cabinetele medicale și/sau localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

(2) Asistența medicală în afara programului de lucru este asigurată, după caz, de:

a) medicii de familie asociați din mai multe localități în centre de permanență care acord asistență medicală conform prevederilor legale în vigoare;

b) medicii de familie care domiciliază în localitatea respectivă, în zonele în care nu există posibilitatea asocierii medicilor în vederea organizării unui centru de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu număr redus de medici, conform unui program stabilit de comun acord de medicul respectiv cu autoritatea de sănătate publică județeană și comunicat casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

c) unități medicale specializate ce asigură serviciile medicale de urgență prespitalicească și transport medical.

(3) Medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență care asigură rezolvarea situațiilor de urgență în afara programului de lucru, precum și programul fiecăruia dintre medicii asociați, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelat substația serviciului județean de ambulanță, respectiv al celui mai apropiat serviciu de ambulanță organizat de ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

(4) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale acordate în condițiile prevăzute la alin. (2) se stabilește prin norme.

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

PARAGRAFUL 3

Medicii de familie nou-veniți în sistemul asigurărilor sociale de sănătate

Art. 30. - Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similar contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații

persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, de un venit care este format din:

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

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, stabilit conform normelor.

Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou venit nu a înscris numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4) casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care acesta și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale prevăzut la art. 22 alin. (3) și (4). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou venit și casa de asigurări de sănătate va înceta la expirarea celor trei luni.

Art. 31. - (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical deja existent în care și-a desfășurat activitatea un medic de familie al cărui contract de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate a încetat ca urmare a decesului sau a retragerii definitive din activitate a acestuia sau ca urmare a vânzării patrimoniului de afecțiune profesională, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme, astfel:

a) pentru primele 3 luni de activitate contractul se încheie indiferent de numărul de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise, beneficiind de un venit stabilit prin norme;

b) pentru următoarele 3 luni venitul medicului de stabilite în aceleași condiții cu cel al medicilor de familie ce nu fac parte din categoria medicilor nou veniți.

(2) La expirarea celor 6 luni prevăzute la alin. (1) medicii nou veniți vor continua relația contractuală dacă îndeplinesc prevederile art. 22 alin. (3) și (4).

PARAGRAFUL 4

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 32. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

a) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile necesare, în limita domeniului de competență a asistenței medicale primare. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;

b) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații și persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară a asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale;

c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrise pe lista unui medic de familie odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nounscutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinții nu au alt opțiune exprimat în scris, imediat după nașterea copilului;

d) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora ori la sesizarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

e) s nu refuze înscrierea pe lista de asigura i a copiilor, la solicitarea p rin ilor, apar in torilor legali sau la anun area de c tre casa de asigur ri de s n tate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de prim rie, precum i la sesizarea reprezentan ilor din sistemul de asisten medical comunitar sau a direc iilor de protec ie a copilului pentru copiii afla i în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

f) s respecte dreptul asiguratului de a- i schimba medicul de familie dup expirarea a cel pu in 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situa ia în care nu se respect această obliga ie, la sesizarea asiguratului, casa de asigur ri de s n tate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dore te s plece, prin eliminarea asiguratului de pe list ;

g) s solicite asigura ilor, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atest calitatea de asigurat;

h) s prescrie medicamente cu sau f r contribu ia personal a asigura ilor, precum i investiga ii paraclinice numai ca o consecin a actului medical propriu. Medicul de familie poate refuza transcrierea de prescrip ii medicale pentru medicamente cu sau f r contribu ia personal a asigura ilor i investiga ii paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de al i medici. Excep ie fac situa iile în care pacientul urmeaz o schem de tratament stabilit conform reglement rilor legale în vigoare pentru o perioad mai mare de 30 de zile calendaristice, ini iat prin prescrierea primei re ete pentru medicamente cu sau f r contribu ie personal de c tre medicul de specialitate aflat în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate, comunicat numai prin scrisoare medical , precum i situa iile în care medicul de familie a prescris medicamente cu i f r contribu ie personal la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicat prin scrisoare medical .

i) s recomande dispozitive medicale de protezare stomii i incontinen urinar urmare a scrisorii medicale de la medicul de specialitate aflat în rela ie contractual cu casa de asigur ri de s n tate;

Art. 33. - În rela iile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asisten a medical primar , casele de asigur ri de s n tate au urm toarele obliga ii:

a) s valideze sub semn tur , la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate deus în scris de medicii de familie pe suport de hârtie, iar lunar în vederea actualiz rii listelor proprii s comunice lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condi iile de asigurat precum i persoanele nou asigurate intrate pe list ;

b) s fac publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regulariz rii trimestriale atât prin afi are la sediul caselor de asigur ri de s n tate, cât i pe pagina electronic a acestora, începând cu ziua urm toare transmiterii acestora de c tre Casa Na ional de Asigur ri de S n tate;

c) s in eviden a distinct a asigura ilor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în func ie de casele de asigur ri de s n tate la care ace tia se afl în eviden . Pentru asigura ii care se afl în eviden a Casei Asiguratorilor de S n tate a Ap r rii, Ordinii Publice, Siguran ei Na ionale i Autorit ii Judec tore ti i a Casei Asiguratorilor de S n tate a Ministerului Transporturilor, Construc iilor i Turismului i care sunt înscri i pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigur ri de s n tate jude ene sau a municipiului Bucure ti, confirmarea calit ii de asigurat se face de Casa Asiguratorilor de S n tate a Ap r rii, Ordinii Publice, Siguran ei Na ionale i Autorit ii Judec tore ti i de Casa Asiguratorilor de S n tate a Ministerului Transporturilor, Construc iilor i Turismului, pe baz de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport de hârtie, cât i în format electronic. Pentru asigura ii care se afl în eviden a caselor de asigur ri de s n tate jude ene sau a municipiului Bucure ti i care sunt înscri i pe listele medicilor de familie afla i în rela ie contractual cu Casa Asiguratorilor de S n tate a Ap r rii, Ordinii Publice, Siguran ei Na ionale i Autorit ii Judec tore ti, respectiv cu Casa Asiguratorilor de S n tate a Ministerului Transporturilor, Construc iilor i Turismului, confi rmarea calit ii de asigurat se face de c tre casele de asigur ri de s n tate jude ene sau a municipiului Bucure ti, pe baz de tabel centralizator transmis atât pe suport de hârtie, cât i în format electronic;

d) s informeze asigura ii despre dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun.

PARAGRAFUL 5

Decontarea serviciilor medicale

Art. 34. - Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată - per capita;

b) tarif pe serviciu medical pentru asigurați precum și pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale și pachetului facultativ de servicii medicale.

Art. 35. - Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul asiguraților înscrși pe lista proprie - conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea și cu valoarea unui punct, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurați de Sănătate.

Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare asigurat corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plată per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a punctului este unic pe an și se calculează de Casa Națională de Asigurați de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru; această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct prevăzută în normele și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea unui punct. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme.

Valoarea definitivă a unui punct este unic pe an și se calculează de Casa Națională de Asigurați de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în normele și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

Art. 36. - Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita care pentru anul 2007 este mai mare cu 40% față de valoarea minimă garantată valabilă pentru anul 2006, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar în primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

Art. 37. - Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 6

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 38. - (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit precum și

abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu i f r contribu ie personal din partea asiguratului i/sau recomand ri de investiga ii paraclinice, se va diminua valoarea minim garantat a punctului per capita în luna respectiv medicilor de familie la care se înregistreaz aceste situa ii, dup cum urmeaz :

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

(2) Sumele ob inute ca disponibil, în condi iile alin. (1) la nivelul caselor de asigur ri de s n tate, se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asisten ei medicale primare.

(3) Pentru cazurile prev zute la alin. (1) casele de asigur ri de s n tate in eviden a distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 39. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaz pentru situa iile prev zute la art. 18 alin. (1).

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaz de plin drept printr-o notificare scris a casei de asigur ri de s n tate, în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data constat rii situa iilor de la art. 18 alin. (2), precum i în urm toarele situa ii:

a) în cazul în care num rul asigura ilor i al persoanelor beneficiare ale pachetului minimal înscrise la un medic de familie scade timp de 6 luni consecutiv sub num rul minim stabilit conform art. 22 alin. (3) i (4);

b) o dat cu prima constatare dup aplicarea de 3 ori în cursul unui an a m surilor prev zute la art. 38 alin. (1) pentru fiecare situa ie;

c) nerespectarea obliga iilor prev zute la art. 32 lit. f), i);

d) la a doua constatare a nerespect rii termenului de 5 zile de remediere pentru oricare dintre situa iile prev zute la art. 32 lit. b), c), d) i e);

e) la a patra constatare a nerespect rii oric reia dintre obliga iile prev zute la art. 32 lit. a) i g).

Art. 40. - Contractul de furnizare de servicii medicale înceteaz cu data la care a intervenit una dintre situa iile prev zute la art. 19, precum i în urm toarele situa ii:

a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

b) medicul titular al cabinetului medical individual renun sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

SEC IUNEA a 3-a

Modalit ile de decontare a medicamentelor cu i f r contribu ie personal în tratamentul ambulatoriu

Art. 95. - (1) Suma maxim care se suport de casele de asigur ri de s n tate din Fondul na ional unic de asigur ri sociale de s n tate, pentru fiecare medicament corespunz tor denumirii comune interna ionale (DCI) din list , este cea corespunz toare aplic rii procentului de compensare a medicamentelor asupra pre ului de referin pentru DCI cuprinse în sublistele A, B i C, respectiv pre ul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabile te pre de referin . Pre ul de decontare este cel prev zut prin ordin al ministrului s n t ii publice.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunz toare DCI prev zute în sublista A este de 90% din pre ul de referin , al celor din sublista B este de 50% din pre ul de referin , iar al celor din sublista C este de 100% din pre ul de referin .

(3) Pre ul de referin reprezint pre ul cel mai mic corespunz tor unit ii terapeutice aferente aceleia i forme farmaceutice din cadrul DCI i pentru fiecare concentra ie.

Art. 96. - (1) Modalit ile de prescriere, eliberare i de decontare a medicamentelor cu i f r contribu ie personal în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme.

Medicii prescriu medicamentele din sublista A, B sau C sub forma denumirii comune interna ionale, cu excep ia cazurilor justificate medical în fi a medical a pacientului. Prin ordin al

ministrului s n t ii publice pot fi desemnate unele medicamente din sublista B sau C pentru a c ror eliberare este necesar aprobarea prealabil a Casei Na ionale de Asigur ri de S n tate, pe baza unor metodologii i criterii care vor fi aprobate prin acela i ordin al ministrului s n t ii publice.

Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente, cu i f r contribu ie personal , cu urm toarele restric ii:

a) pentru sublista A - o singur prescrip ie lunar, cu maximum 4 medicamente;

b) pentru sublista B - o singur prescrip ie lunar, cu maximum 3 medicamente cu valoarea total calculat la pre ul de vnzare cu am nuntul de maximum 300 lei, cu excep ia medicamentelor prev zute n aceast sublist , notate cu diez, situa ie n care se prescrie o singura prescrip ie cu o valoare maxim a tratamentului pe o lun mai mare de 300 lei cu un medicament notat cu diez pe lun , f r a se mai prescrie i alte medicamente din sublista B n luna respectiv ;

c) pentru sublista C sec iunea C1 - pe fiecare cod de boal , o singur prescrip ie lunar, cu maximum 3 medicamente;

d) pentru sublista C sec iunea C3 - o singur prescrip ie lunar cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excep ie, n cazul medicamentelor stupefiante se pot emite pentru acela i asigurat dou sau trei prescrip ii cu timbru sec, cuprinznd tratamentul necesar pentru 15, respectiv 10 zile, conform reglement rilor specifice n vigoare.

(3) Casele de asigur ri de s n tate sunt obligate s aduc la cuno tin furnizorilor de servicii medicale i asigura ilor cazurile n care s-a eliberat mai mult de o prescrip ie medical pe lun at t pentru medicamentele cuprinse n sublista A c t i cele cuprinse n sublista B, precum i cazurile n care s-a eliberat mai mult de o prescrip ie medical pe lun pentru fiecare cod de boal pentru medicamentele cuprinse n sublista C sec iunea C1 i mai mult de o prescrip ie medical pe lun pentru medicamentele cuprinse n sublista C sec iunea C3; n aceast situa ie asigura ii respectivi nu mai beneficiaz de o alt prescrip ie medical pentru perioada acoperit cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excep ia situa iei prev zute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prev zute n legile speciale, care beneficiaz de gratuitate suportat din Fondul na ional unic de asigur ri sociale de s n tate n condi iile legii, casele de asigur ri de s n tate suport integral contravaloarea medicamentelor cu pre ul cel mai mic corespunz toare fiec rei denumiri comune interna ionale (DCI) cuprinse n sublistele A, B i C sec iunea C1, pentru aceea i concentra ie i form farmaceutic n condi iile alin. (1)-(3).

(5) Pe acela i formular de prescrip ie se pot nscrie medicamente din subliste diferite, farmaciile ntocmind borderou centralizator cu eviden distinct pentru fiecare sublist , cu excep ia medicamentelor antidiabetice orale corespunz toare DCI-urilor din grupa de boal cronic diabet zaharat i boli de nutri ie - G21 pentru care se completeaz prescrip ie distinct .

(6) N cazul n care pre ul de vnzare cu am nuntul al medicamentelor de pe sublista B dep e te limitele prev zute la alin. (1) lit. b), diferen a va fi suportat integral de asigurat.

(7) N mod excep ional, n alte situa ii complexe, cu risc crescut de handicap major sau de pierdere a vie ii, num rul de medicamente i sumele prev zute la alin. (1)-(6) se poate dep i numai cu acordul scris al comisiilor de specialitate ale Ministerului S n t ii Publice.

(8) Copiii cu vrsta cuprins ntre 0-12 luni vor beneficia de medicamente gratuite f r plafonare valoric i cantitativ . Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afec iunilor copiilor cu vrsta cuprins ntre 0-12 luni va fi suportat integral din Fondul na ional unic de asigur ri sociale de s n tate, conform prevederilor legale n vigoare.