

NORME METODOLOGICE din 29 iunie 2021

de aplicare a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021- 2022

EMITENT

- **MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**
- **CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Publicată în [MONITORUL OFICIAL nr. 642 bis din 30 iunie 2021](#)

Data intrării în vigoare 01-07-2021

Formă consolidată valabilă la data 02-11-2021

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 22-10-2021 până la data de 02-11-2021

Notă

Aprobate prin [ORDINUL 1.068/627/2021](#), publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 645 din 30 iunie 2021.

Notă CTCE

Forma consolidată a [NORMELOR METODOLOGICE din 29 iunie 2021](#), publicate în Monitorul Oficial nr. 642 bis din 30 iunie 2021, la data de 02 Noiembrie 2021 este realizată prin includerea modificărilor și completărilor aduse de [RECTIFICAREA nr. 1.068/627/2021](#); [ORDINUL nr. 1.359/694/2021](#); [RECTIFICAREA nr. 1.068/627/2021](#); [ORDINUL nr. 2.213/937/2021](#).

Conținutul acestui act aparține exclusiv S.C. Centrul Teritorial de Calcul Electronic S.A. Piatra-Neamț și nu este un document cu caracter oficial, fiind destinat informării utilizatorilor.

Anexa nr. 1

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ȘI DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1.** Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico- chirurgicală;
- 1.2.** Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic;
- 1.3.** Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei;
- 1.4.** Consultațiile de planificare familială;
- 1.5.** Servicii de prevenție;
- 1.6.** Activități de suport.

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#), cu modificările ulterioare ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie. **NOTA 1:** Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico- sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II din anexa la H.G. nr. 423/2020](#) pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.3. Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei:

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;
- b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a, se decontează o consultație pentru fiecare lună; În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații pentru fiecare lună;
- d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație;
- e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu; se decontează o consultație;

1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C și lues a femeii gravide.

1.3.2. Odată cu prima prezentare la medicul de familie a femeii însărcinate, medicul de familie va elibera documentul prin care se atestă existența sarcinii.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.4. Consultațiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:

- a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la [litera a\)](#) sau serviciile prevăzute la [literele a\) și b\)](#); se decontează două consultații pe an calendaristic, pe persoană.

1.5. Servicii de prevenție - consultație preventivă:

Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate se acordă o dată la 3 ani și cuprinde:

- a. consultație (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- b. recomandare pentru examene paraclinice pentru încadrarea într-o grupă de risc;
- c. sfat medical, recomandări regim igienico-dietetic.

Consultația se poate efectua la solicitarea persoanei beneficiară de pachet minimal de servicii medicale sau la solicitarea medicului de familie - pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista medicului de familie; se decontează o consultație o dată la 3 ani calendaristici.

1.6. Activitățile de suport - examinare pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform [Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000](#) pentru aprobarea [Normelor procedurale](#) privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultație - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport altele decât cele prevăzute la [subpct. 1.6](#).

B. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

- 1.1.** servicii medicale curative;
- 1.2.** servicii medicale de prevenție;
- 1.3.** servicii medicale la domiciliu;
- 1.4.** servicii medicale adiționale;
- 1.5.** activități de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Servicii medicale curative:

1.1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#), , cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#), cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet sau la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultații la domiciliu.

NOTA 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, care cuprinde următoarele activități:

- a. anamneză, examenul clinic general;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare;
- d. manevre de mică chirurgie, după caz;
- e. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- f. bilet de trimitere pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie;
- g. recomandare pentru tratament de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- h. recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii și preventorii, după caz;
- i. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar;
- j. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultațiile sunt acordate la cabinet pentru afecțiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecțiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută /subacută sau acutizare a unor afecțiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultații.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta, în copie, rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate, precum și data și perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripție medicală și tratamentul prescris, dacă este cazul.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului și/sau a aparținătorilor privind îngrijirea și autoîngrijirea.

Consultațiile cuprind, după caz, activitățile de la punctele a. - j. prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecțiunile cronice/asigurat se decontează o consultație pe lună.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include trei consultații la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului, recomandare pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) Monitorizarea pacientului cuprinde două consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament și o nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor țintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice; inițierea intervențiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, ascultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinței abdominale, examinarea piciorului pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultație de specialitate/investigații paraclinice în vederea efectuării: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG;

Intervențiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică; intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și/sau terapie medicamentoasă; educație pentru auto-îngrijire.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și /sau medici cu competență/atestat în diabet.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanțul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluției afecțiunii - screeningul complicațiilor /afectarea organelor țintă; tratament/ajustarea medicației, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, microalbuminurie, EKG,

raport albumină/creatinină urinară, în funcție de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de nivelul de risc pentru consultație de specialitate la cardiologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice și educație pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienți tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alți factori de risc; Risc SCORE calculat > 1% și < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

- Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TC > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA > 180/110 mmHg;
- Pacienți cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alți factori majori de risc;
- Pacienți cu DZ fără afectare de organ țintă, cu o durată a DZ > 10 ani sau alt factor de risc adițional;
- BRC moderată (eGFR 30- 59 mL/min/1,73 mp);
- Risc SCORE calculat 5% și < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

- BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral și AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictorii de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;
- DZ cu afectare de organ țintă sau cel puțin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce și durată lungă (> 20 de ani);
- BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 mp);
- Risc SCORE calculat > 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;
- FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulții asimptomatici de peste 40 de ani fără evidențe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpare pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale: hemoleucogramă completă, spirometrie, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultație de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz; Inițierea intervențiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viață - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronșic - ținta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile:

A. Nivelul de control a astmului bronșic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

- 1.** limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână
- 2.** consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână
- 3.** prezența simptomelor nocturne,
- 4.** limitarea activității datorată astmului

Astm bronșic controlat: Nici un criteriu

Astm bronșic parțial controlat: 1- 2 criterii

Astm bronșic necontrolat: 3- 4 criterii

B. Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcției pulmonare și efecte adverse medicamentoase.

a.2. Pentru BPOC - ținta terapeutică este reprezentată de renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1. toți pacienții: educație intensivă pentru renunțare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viață, vaccinare antigripală și antipneumococică;

a.2.2. managementul farmacologic al BPOC se face în funcție de evaluarea personalizată a simptomelor și riscului de exacerbări (clasele de risc ABCD GOLD)

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii și identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educația pacientului privind boala, evoluția ei, înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, înțelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunțarea la fumat; evaluarea complianței la tratament și ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronșic - ținta terapeutică - controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ținta terapeutică - renunțarea la fumat și controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii și prevenirea exacerbărilor.

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanșatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecție, auscultație și palpate pentru evidențierea semnelor de afectare a organelor țintă, evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcție de severitate - pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru stabilirea severității/nivelului de control și monitorizarea evoluției astmului bronșic și BPOC: spirometrie, hemoleucogramă completă și dacă se suspectează complicații - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie și medicină internă, după caz.

Educația pacientului: sfaturi pentru modificarea stilului de viață: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere /vaccinare antigripală.

Evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la complianța la medicamente și verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente și a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a. Evaluarea inițială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice și întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) și inițierea terapiei.

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale și personale, expunere la nefrotice, istoric al afectării renale și al co-morbidităților relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigații paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, albumină/creatinină urinară, ecografie de organ - renală;

Inițierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viață: renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG și al dislipidemie, după caz; educația pacientului pentru auto-îngrijire.

b. Monitorizarea activă a cazului luat în evidență: bilanțul periodic al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin eRFG); revizuirea medicației (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigații paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, albumină/creatinină urinară; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie.

Decizia de a trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate nefrologie va fi ghidată de definiția și clasificarea BCR - anomalii ale structurii sau funcției rinichilor, prezente timp de > 3 luni, cu implicații asupra sănătății. Riscul de evoluție nefavorabilă este evaluat în funcție de doi parametri: rata de filtrare glomerulară estimată - eRFG și raportul albumină/creatinină urinară.

Nivelul de risc în BCR: GFR (G1 - G5), exprimată în ml/min per 1.73 mp

G1 - normal sau clearance creatinină > 90

G2 - ușor scăzut: clearance creatinină 60-89

G3a - ușor până la moderat scăzută: clearance creatinină 45-59

G3b - moderat până la sever scăzută: clearance creatinină 30-44

G4- sever scăzută: clearance creatinină 15-29

G5- Insuficiență renală: clearance creatinină < 15

Albuminuria (A1 - A3), evaluată în funcție de raportul albumină/creatinină, în mg/g

A1- absentă sau ușor crescută - < 30 mg/g

A2- microalbuminurie - 30-300 mg/g

A3- macroalbuminurie - >300 mg/g

Biletul de trimitere pentru consultație de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienții cu risc înalt - G3bA1, G3bA2, oricare G și A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 și G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză non-urologică, hipertensiune arterială necontrolată.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive - sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

- a. creșterea și dezvoltarea;
- b. starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c. depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.

1.2.1.1. Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- a) la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- b) la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, beneficiază anual de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultațiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. Vârsta cuprinsă între 2 ani și 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Sideremie

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b. Vârsta cuprinsă între 6 ani și 9 ani inclusiv

Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c. Vârsta cuprinsă între 10 ani și 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) crescut sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieții sexuale)

- VDRL sau RPR

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

- a) luarea în evidență în primul trimestru; se decontează o consultație;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultație/lună. În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultații/lună;

d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la domiciliu; se decontează o consultație;

e) urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu; se decontează o consultație.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B și C, lues a femeii gravide, precum și alte investigații paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani - o dată la 3 ani calendaristici, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform [anexei nr. 2 B](#) la ordin. Se decontează maxim două consultații /asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, consultațiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor de la [punctul 1.2.3.2](#) și se decontează maxim două consultații/asigurat, anual. Cea de-a doua consultație se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultație.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani, 1 - 3 consultații/asigurat/pachet prevenție ce se acordă anual. Pachetul de prevenție cuprinde maxim 3 consultații: consultație de evaluare inițială, consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile și consultație pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenție se acordă anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA 1: În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, anual respectiv odată la 3 ani, beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigații. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției.

Investigațiile paraclinice recomandate pentru prevenție sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 și 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică

b. pentru femeia cu vârsta între 18 și 39 ani care planifică o sarcină

- VDRL sau RPR

c. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste

- Hemoleucogramă completă
- VSH
- Glicemie
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică
- PSA la bărbați
- TSH și FT4 la femei

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii

superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situația în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.4. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II din anexa la H.G. nr. 423/2020](#).

1.2.4.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la [litera a\)](#) sau serviciile prevăzute la [literalele a\) și b\)](#); se acordă maximum două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

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

1.3.3. Se consideră consultație la domiciliu, inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/asigurat și o consultație pentru fiecare situație de urgență. Informațiile medicale se înregistrează în fișa medicală.

1.3.5. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultații pe zi.

NOTĂ: Consultațiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultații la domiciliu, care va conține data și ora consultației, numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului, după caz, pentru situația în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile medicale adiționale

1.4.1. Serviciile medicale adiționale reprezintă servicii care se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

1.4.2. Aceste servicii sunt acordate de către medicul de familie în următoarele condiții:

a. medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz,

– servicii adiționale: ecografia generală - abdomen și pelvis;

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen și pelvis se încheie acte adiționale la contractul /convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de servicii adiționale ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

b. conform curriculei de pregătire a medicului.

– servicii adiționale: efectuarea spirometriei, măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale timp de 24 de ore (ABPM/MATA), măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț, efectuarea și interpretarea electrocardiogramei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate;

NOTA 1: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenței medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de servicii adiționale ce pot fi efectuate și acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.5. Activitățile de suport

Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:

a. certificat de concediu medical;

b. bilete de trimitere;

c. prescripții medicale;

- d. adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
- e. acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;
- f. adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate - eliberate la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor și numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform [Ordinului ministrului educației, cercetării, tineretului și sportului și al ministrului sănătății nr. 5298/1668/2011](#) pentru aprobarea [Metodologiei](#) privind examinarea stării de sănătate a preșcolarilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, cu modificările și completările ulterioare;
- g. certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform [Ordinului ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 1134/C-255/2000](#) pentru aprobarea [Normelor procedurale](#) privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale;
- h. fișa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluarea în grad de handicap, conform [Ordinului ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale nr. 1985/1305/5805/2016](#) privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;
- i. adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;
- j. eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;
- k. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
- l. recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

NOTA 1: Activitățile de suport sunt consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrarea de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu, se acordă asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.

1.6.2. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 6/2018](#) privind modificarea și completarea [Ordinului ministrului sănătății 1171/2015](#) pentru aprobarea [Ghidului metodologic](#) de implementare a Programului național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei.

C. PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ /REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [lit. A punctul 1](#), [subpunctele 1.1 și 1.2](#) și la [lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2](#) din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [lit. B](#).

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la [lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2](#) din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la [lit. B](#) din prezenta anexă în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

Articolul 1

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute [anexa nr. 1](#) la ordin, inclusiv pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(2) Suma convenită prin plata "per capita" pentru serviciile menționate la [lit. e](#)) se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă și gen a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform [lit. a\), b\)](#) sau [c\)](#), ajustat în funcție de condițiile prevăzute la [lit. d\)](#), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă și gen a persoanelor înscrise asigurate se stabilește astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0- 3 ani		4- 18 ani		19- 39 ani		40- 59 ani		60+ ani	
Gen	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Număr de puncte/persoană/an	13	13	8	8	3	4	7	8	11	11

NOTA 1: Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei - copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 18 ani.

NOTA 2: În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - și persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% față de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de persoane instituționalizate - copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență - sau persoane private de libertate aflate în custodia statului, potrivit legii.

NOTA 3: Pentru persoanele încadrate ca și persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani și peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita" conform [art. 1 alin. \(2\)](#) se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie existente în ultima zi a lunii precedente. În situația contractelor nou încheiate pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

Pentru medicii nou veniți care încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 6 luni - după încetarea convenției încheiată pentru maxim 6 luni, pentru prima lună de contract se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la data încheierii contractului se are în vedere un număr maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie de 2.200.

3. Pentru un număr de până la 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200 programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi și/sau se poate modifica în sensul schimbării raportului prevăzut la [alin. \(3\) lit. b\)](#)

cu asigurarea numărului de consultații la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse la [lit. B pct. 1.3 din anexa nr. 1](#) la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru pentru o listă cuprinsă între 2.200 și 3.000 de persoane înscrise programul zilnic se majorează cu 1 oră iar pentru o listă de înscriși mai mare de 3.000 programul zilnic se majorează cu 2 ore.

4. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;
- cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;
- cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilit de comisia prevăzută la [art. 2 alin. \(1\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), se reduce după cum urmează:

- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;
- pentru medicii de familie care au înscriși pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

b) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 13 alin. \(3\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor [art. 2 alin. \(1\), \(4\) și \(5\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), privind numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 13 alin. \(3\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), se stabilește conform [lit. a\)](#).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană - în condițiile prevederilor [art. 13 alin. \(1\) și art. 15 capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), chiar dacă la sfârșitul celor 6 luni pentru care au avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la [art. 2 alin. \(1\) și alin. \(4\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#) 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 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor [art. 2 alin. \(1\) de la capitolul I din anexa nr. 2](#) la actul normativ mai sus menționat; prin excepție, pentru medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate nu încetează dacă la expirarea celor 6 luni acesta nu înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit potrivit [art. 2 alin. \(1\) și \(4\)](#). Lista de persoane asigurate înscrise care se ia în calcul pentru continuarea relației contractuale este cea prezentată de medicul de familie la sfârșitul celor 6 luni. Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise prevăzut la [art. 2 alin. \(1\) și alin. \(4\) de la capitolul I din anexa nr. 2](#) din actul normativ mai sus menționat, venitul se stabilește conform [lit. a\)](#). Se consideră medic nou-venit într-o localitate, medicul de familie care solicită pentru prima dată intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în localitatea respectivă, inclusiv medicii care și-au desfășurat activitatea ca medici angajați într-un cabinet medical individual aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate respectivă.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit [lit. a\)](#), [lit. b\)](#) sau [lit. c\)](#), după caz, se recalculează în următoarele situații:

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea.

Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru /punctele secundare de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurate la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru /punctele secundare de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 3, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății 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 rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, cu respectarea legislației în vigoare.

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la litera B subpunctele 1.1.1, 1.2.4, 1.2.5, 1.5 - cu excepția consultației la domiciliu care se finalizează sau nu prin eliberarea certificatului medical constatator de deces și la subpunctul 1.6.1 din anexa nr. 1 la ordin, precum și consultațiile prevăzute la subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 de la litera B din anexa nr. 1 la ordin care depășesc limitele prevăzute la alin. (3) lit. b), sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

DENUMIRE SERVICIU MEDICAL	FRECVENȚĂ/PLAFON	NR. PUNCTE
A. PACHET MINIMAL		
1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC nou descoperit activ de medicul de familie	5,5 puncte/consultație
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație

e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere; - la domiciliu	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/ persoană	5,5 puncte/consultație
5. Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte/examinare pentru constatarea decesului
6. Servicii de prevenție: Consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani	1 consultație o dată la 3 ani calendaristici	5,5 puncte/consultație
B. PACHET DE BAZĂ		
1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0 - 18 ani		
a) - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
b) - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
c) - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate	5,5 puncte/consultație
d) - de la 4 ani la 18 ani	1 consultație/an/ asigurat	5,5 puncte/consultație
2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru;	1 consultație	5,5 puncte/consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte/consultație
d) urmărirea lăuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
e) urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte/consultație
3. Evaluarea, intervenția și monitorizarea adultului asimptomatic		
a) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat o dată la 3 ani calendaristici pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
b) asigurați cu vârsta între 18 și 39 ani - persoane asimptomatice depistate cu risc înalt	1 - 2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte/consultație
c) asigurați cu vârsta > 40 ani	1 - 3 consultații/asigurat/ pachet prevenție anual; consultațiile pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive;	Până la 21 puncte /pachet de prevenție; intervalul de 6 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul pachetului; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată
c.1) consultație evaluare inițială	1 consultație/pachet prevenție	5,5 puncte/consultație
c.2) consultație pentru intervenție individuală privind riscurile modificabile	1 consultație/pachet prevenție	5,5 puncte/ședință
c.3) consultație pentru monitorizare/control	1 consultație/pachet prevenție	10 puncte/consultație
4. Servicii medicale curative		
a) Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații/asigurat/episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
a1) Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, acordate la distanță	2 consultații/asigurat/ episod	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - la cabinet	1 consultație/asigurat/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b1) Consultațiile pentru afecțiunile cronice acordate la distanță	1 consultație/asigurat/lună	5,5 puncte/consultație pentru consultațiile care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Management de caz:		
c.1) evaluarea inițială a cazului nou		

c.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
c.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive;	5,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. c.1.1), c.1.2) și c.1.3)
c.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	6 puncte/consultație în cadrul monitorizării - management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive, calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
5. Servicii la domiciliu:		
a) Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
b) Episod acut/subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
c) Boli cronice	1 consultație/asigurat/lună	15 puncte/consultație care se încadrează în limitele prevăzute la lit. b) a alin. (3)
d) Management de caz pentru asigurații nedeplasabili înscriși pe lista proprie		
d.1) evaluarea inițială a cazului nou		
d.1.1) evaluarea inițială a cazului nou de HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.2) evaluarea inițială a cazului nou de astm bronșic și boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
d.1.3) evaluarea inițială a cazului nou de boală cronică de rinichi	3 consultații ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive; intervalul de 3 luni are ca dată de început data primei consultații în cadrul evaluării;	15,5 puncte/consultație în cadrul evaluării inițiale a cazului nou;
	O singură dată, în trimestrul în care a fost făcută confirmarea	Suplimentar 5,5 puncte/ asigurat - caz nou confirmat de medicul de specialitate pentru fiecare dintre serviciile prevăzute la pct. d.1.1), d.1.2) și d.1.3)
d.2) monitorizare pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz (HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic și boala respiratorie obstructivă - BPOC, boală cronică de rinichi)	2 consultații în cadrul monitorizării managementului de caz	16 puncte/consultație în cadrul monitorizării- management de caz; Se raportează fiecare consultație odată cu activitatea lunii în care a fost efectuată, iar intervalul maxim între cele 2 consultații este de 90 de zile; O nouă monitorizare de management de caz se efectuează după 6 luni consecutive calculate față de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultație din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.
e) Constatarea decesului cu sau fără eliberarea certificatului medical constator de deces	1 examinare la domiciliu	15 puncte / examinare pentru constatarea decesului, care se încadrează în prevederile de la lit. b) a alin. (3) .
ó. Administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat	conform schemei stabilite de către medicul pneumolog	40 de puncte/ lună / asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament
7. Confirmare caz oncologic	pentru fiecare caz suspicios de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acorda punctaj suplimentar	15 puncte/caz/în luna în care medicul de familie a primit confirmarea
8. Servicii medicale adiționale:		

a) Spirometrie	maxim trei servicii/oră	10 puncte/serviciu
b) Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore	maxim trei servicii/oră	20 puncte/serviciu
c) Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braț	maxim trei servicii/oră	10 puncte/serviciu
d) Efectuarea și interpretarea electrocardiogramei pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate	maxim trei servicii/oră	10 puncte/serviciu

a.1) În raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus și înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional, conform reglementărilor legale în vigoare.

a.2) În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției. Pentru cabinetele medicale individuale, în situația de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul "per serviciu" gradul profesional al medicului angajat.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână și minimum 5 zile pe săptămână nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultație în cabinet este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile [art. 1 alin. \(2\) lit. a\) pct. 3;](#)

Pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi.

- maximum 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 42 consultații pe lună.

c) Serviciile cuprinse la [litera A și litera B subpunctele 1.1.4, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.6.2 și 1.5](#) pentru consultația cu sau fără eliberarea certificatului medical constatator de deces din [anexa nr. 1](#) la ordin, precum și consultațiile prevăzute la [litera B subpunctele 1.1.2, 1.1.3 și 1.3 din anexa nr. 1](#) la ordin care se încadrează în limitele prevăzute la [lit. b\)](#), sunt incluse în plata pe serviciu medical, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte. Pentru fiecare caz oncologic suspionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte care intră în plata pe serviciu medical.

Articolul 2

Lunar, odată cu raportarea activității lunii anterioare, furnizorii raportează lista cu asigurații înscrși pe lista proprie a fiecărui medic de familie, aflați în evidență cu următoarele boli cronice: HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astmul bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boala cronică de rinichi, precum și modificările intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 3

(1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate fac demersurile necesare în vederea identificării unui medic înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară/contract în derulare, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligații contractuale aflați în evidența acestora, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situația în care preluarea activității se face de către medici aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se asigură prelungirea corespunzătoare a programului de activitate al medicului înlocuitor, în funcție de necesități.

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lăuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, concediul pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 18 ani, vacanță, studii medicale de specialitate și rezidențial în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate, precum și la următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, participare la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună/transmită (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici cu contract în derulare, cu condiția ca medicul înlocuitor să-și desfășoare activitatea în aceeași localitate cu medicul înlocuit sau în zonă limitrofă, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în funcție de necesități. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate /medicul de familie înlocuit va depune/transmite (cu semnătură electronică extinsă/calificată) la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate conform modelului prevăzut în [anexa 4](#) la ordin și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare pe an calendaristic.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă /calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la [alin. \(1\) - \(3\)](#), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat /angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă /calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract al cabinetului medical.

(5) Suma convenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte, aferentă perioadei de absență se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului, urmând ca în convenția de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condițiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligațiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Pentru situațiile în care, pentru perioada de vacanță, medicul de familie nu încheie convenție de înlocuire sau de reciprocitate în lipsa unui medic care să poată prelua activitatea, acesta are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care asigurații înscriși pe lista proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice;
- c) consultații pentru afecțiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru asigurații de pe lista proprie.

(8) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(7\)](#) medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care asigurații înscriși pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.

(9) Pentru cazurile de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC confirmați, în situațiile prevăzute la [alin. \(7\)](#) , precum și pentru celelalte perioade de absență, medicul de familie îndrumă pacientul către dispensarul TBC teritorial și anunță în prealabil dispensarul cu privire la aceste cazuri; în luna respectivă casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciul de administrare a tratamentului pentru bolnavii TBC.

Articolul 4

(1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire. Pentru situațiile de reciprocitate între medici, aceștia încheie o convenție de reciprocitate, conform [anexei nr. 4](#) la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire pe bază de reciprocitate.

(2) Convenția de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor agreeat de medicul înlocuit, pentru perioade de absență mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenție cu medicul înlocuitor, conform [anexei nr. 5](#) la ordin.

(3) Convenția de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie extinsă /calificată pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al cabinetului medical al medicului înlocuit.

Articolul 5

(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie extinsă/calificată și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajați, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajați în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate al cabinetului medical individual. Programul de activitate al medicului titular cât și cel al medicului angajat/medicilor angajați trebuie să se încadreze în programul de activitate al cabinetului medical individual conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 6

Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct "per capita" și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2021 are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 193 alin. \(3\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#) inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6480 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit [lit. a\)](#) cu 1,5.

3. 50% pentru plata "per capita" și 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit prevederilor de la [pct. 1](#) și [pct. 2](#).

Articolul 7

(1) Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical, fondul anual aferent asistenței medicale primare, din care se scade suma corespunzătoare [art. 6 pct. 1](#), se defalchează pe trimestre.

(2) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și pe serviciu medical se determină astfel: fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de

servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, prevăzut la [art. 6 pct. 2](#), se repartizează 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata per serviciu.

Articolul 8

(1) Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de 8,5 lei, valabilă pentru anul 2021.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de 3,5 lei, valabilă pentru anul 2021.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita și pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per capita și pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condițiilor prevăzute la [art. 1 alin. \(3\)](#), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu.

Articolul 9

(1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulțirea numărului de puncte "per capita" și a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea definitivă a punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

Articolul 10

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului "per capita" și la valoarea definitivă a punctului pe serviciu stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate și se comunică în format electronic furnizorilor.

Articolul 11

Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

Articolul 12

Persoanele înscrise care doresc să își schimbe medicul de familie și persoanele care nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie și care doresc să se înscrie, vor adresa o cerere de înscriere prin transfer/cerere de înscriere, ale căror modele sunt prevăzute în anexa nr. 2 A la ordin, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă, după caz. Înscrierea/înscirerea prin transfer pe lista unui medic de familie, se face pe baza cererii de înscriere/cererii de înscriere prin transfer și a cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0 - 18 ani, înscrierea/schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere/de înscriere prin transfer.

Pentru situațiile de înscriere prin transfer, medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă, e-mail, fax), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligația să transmită fișa medicală în copie certificată prin semnătură și parafă că este conform cu originalul, prin poștă, e-mail, fax/prin asigurat, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează originalul fișei medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

Articolul 13

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de familie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 14

În aplicarea [art. 17 alin. \(1\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#), prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat și prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

Articolul 15

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, serviciile medicale adiționale acordate de medicii de familie care au competența specifică și numai în cadrul cabinetelor având dotare corespunzătoare și dovada capacității tehnice pentru efectuare de ecografii generale (abdomen și pelvis) la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua și interpreta serviciile medicale adiționale numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografiile generale - abdomen și pelvis numai dacă au obținut competență confirmată prin ordin al ministrului sănătății.

Numărul de investigații paraclinice contractat nu poate depăși 3 investigații pe oră, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, serviciile medicale adiționale acordate de medicii de familie conform curiculei de pregătire în specialitate și numai în cadrul cabinetelor având dotare corespunzătoare și dovada capacității tehnice pentru efectuare de spirometrie, măsurare ambulatorie a tensiunii arteriale 24 de ore, măsurare a indicelui de presiune gleznă - braț, efectuare și interpretare electrocardiogramă pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, prin tarif exprimat în puncte pe serviciu medical.

Numărul de servicii medicale adiționale nu poate depăși 3 servicii pe oră.

Medicii de familie pot efectua și interpreta aceste servicii numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea există aparatura medicală necesară.

(3) Serviciile medicale adiționale se efectuează în cadrul programului de lucru prelungit corespunzător, cu respectarea prevederilor [art. 1 alin. \(2\) lit. a\)](#), [pct. 3](#), [art. 1 alin. \(3\), lit. b\)](#) și [art. 15 alin. \(1\) și \(2\)](#) din prezenta anexă.

I. CERERE DE ÎNSCRIERE

- model -

Nr. înregistrare/.....

VIZAT*),

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura și parafa acestuia.

Unitatea sanitară

CUI

Sediu (localitate, str. nr.)

Casa de Asigurări de Sănătate

Nr. contract/convenție

Medic de familie (semnătură și parafă)

Consultațiile preventive sunt consultații periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani și au ca scop identificarea și intervenția în tulburările de creștere și dezvoltare și în riscurile modificabile specifice pe grupe de vârstă/sex.

Evaluarea complexă a copilului pe grupe de vârstă/sex va cuprinde următoarele:

a. Consultația preventivă a nou-născutului la externarea din maternitate și la 1 lună

a1. - la externarea din maternitate:

- înregistrare, luare în evidență pentru probleme depistate la naștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo- scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;
- evaluarea alimentației, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- verificarea efectuării în maternitate a screening-ului surdității;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă; consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

a2. - la 1 lună:

- măsurare: greutate (G), lungime (T), circumferința craniană - consemnare în graficele de creștere;
- examen clinic cu focus pe: fontanele, ochi, cord/pulmon, tegumente, neuro-musculo- scheletic (membre, dezvoltare neuro-motorie conform vârstei); organe genitale, extremități, morfologie generală, evaluarea hidratării;
- evaluare alimentație, observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru alăptare eficientă;
- evaluarea condițiilor de igienă (sursă apă) și recomandări;
- profilaxia rahitismului;
- consiliere și suport pentru alăptare exclusivă (inclusiv observarea tehnicii de alăptare și consiliere pentru lactație);
- consiliere pentru imunizare, prezentarea schemei naționale și a vaccinurilor opționale;
- sfaturi de conduită pentru prevenirea accidentelor și alte situații frecvente la această vârstă;
- consiliere și suport pentru stil de viață favorabil alăptării (inclusiv psiho-igienă) pentru mamă.

b. Consultația preventivă a sugarului la vârsta de 2 și 4 luni cuprinde aceleași examinări ca la consultația de la 1 lună prevăzută la [litera a.2.](#), la care se adaugă:

- consemnare lungime și greutate pe graficele de creștere corespunzătoare și interpretarea tendințelor după scorul z (velocitatea creșterii);
- consemnare repere majore de dezvoltare motorie pe graficul pentru dezvoltarea neuropsihomotorie;
- evaluarea practicilor nutriționale, întărirea mesajelor privind alăptarea și îngrijirea copilului (prevenirea accidentelor și recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutatea la naștere sub 2500 grame începând cu vârsta de 2 luni.

c. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca și consultația la 2 și 4 luni prevăzută la [litera b.](#), la care se adaugă:

- evaluare și consiliere privind alimentația complementară (grafic și tehnici de introducere alimente noi, asigurarea Dietei Minim Acceptabile conform OMS);
- continuarea alăptării recomandată de OMS până la vârsta de doi ani;
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere peste 2500 grame, de la 6 luni până la 18 luni
- profilaxia anemiei la toți copiii cu greutate la naștere sub 2500 grame, de la 2 luni până la 24 luni;
- evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
- evaluare socio-emoțională;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- sfaturi de conduită pentru familie pentru: prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile frecvente la aceste vârste;
- la copii de 12, 15 și 18 luni se vor identifica eventuale deficiențe ale dezvoltării psiho- motorii ale copilului, prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho- motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist. Chestionarul va fi aplicat adaptat vârstei.

Întrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs. este dificil la mâncare?/Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs.?	2	0	1

Participă la jocul „cucu-bau”?	0	2	1
Zâmbește când dvs. îi zâmbiți?- întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Folosește cuvântul „mama” când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume?/Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: stereotipii motorii (flutură mâinile, țopăie, merge pe vârfuri, se învâрте în jurul propriei axe, posturi inadecvate etc.)	1	0	-

Scor

Scor	Punctaj	Nivel de risc	Recomandări
Scor	0- 6	Risc minim	Reevaluare peste 3 luni
Scor	7- 9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
Scor	10- 18	Risc sever	Trimitere către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/ neuropsihiatrie pediatrică

Medicul de familie parcurge toate întrebările, începând cu prima întrebare, va nota varianta de răspuns cea mai apropiată de comportamentul copilului menționată de către părintele/apartinătorul/tutorele legal al copilului și completează ultimele 3 coloane ale chestionarului cu punctajul corespunzător după observarea directă a comportamentului copilului.

La sfârșitul completării chestionarului efectuează adunarea scorurilor și bifează scorul în care se încadrează copilul în cauză.

Medicul de familie prezintă părintelui/apartinătorului/tutorei legal atitudinea terapeutică necesară ulterior.

În cazul în care copilul evidențiază un risc mediu sever, medicul explică părintelui/apartinătorului/tutorei legal necesitatea prezentării la medicul de specialitate psihiatrie pediatrică/neuropsihiatrie pediatrică pentru evaluare complexă și stabilirea terapiei comportamentale și/sau medicamentoase.

d. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani și cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la [litera c](#), la care se adaugă:

- evaluarea practicilor nutriționale (anamneză nutrițională adresată părinților) și consiliere pentru o alimentație sănătoasă și comportament alimentar sănătos al întregii familii;
- continuă profilaxia rahitismului numai în perioadele reci ale anului (septembrie - aprilie);
- evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare;
- evaluare și consiliere pentru activitatea fizică;
- evaluare și consiliere pentru dezvoltarea neuro-psiho-emoțională;
- screening-ul tulburărilor de vedere și măsurarea TA (cel puțin o dată în interval);
- sfaturi de conduită date mamelor și familiei pentru situații frecvente la această vârstă (prevenirea accidentelor, conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate fără întârziere);
- revizuirea atentă a schemei de vaccinare a copilului și completarea acesteia după caz, efectuarea rapelului vaccinal la vârsta de 5 ani;
- identificarea eventualelor deficiențe ale dezvoltării psiho-motorii ale copilului prin aplicarea unui chestionar care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist; se efectuează conform [literei c](#), la vârsta copilului de 2 ani și 3 ani.

Pentru un scor care indică un risc sever se recomandă trimiterea către medicul de specialitate psihiatrie pediatrică /neuropsihiatrie pediatrică.

În cadrul consultațiilor preventive, copiii beneficiază de investigațiile paraclinice - analize de laborator prevăzute la [nota 1 lit. a\)](#) și [nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

e. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 6 ani, 7 ani, 8 ani și 9 ani, cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la [litera d](#), la care se adaugă:

- screening-ul obezității prin utilizarea indicelui de masă corporală - (IMC);
- evaluarea dezvoltării pubertare - scala Tanner pentru identificare pubertate precoce;
- mesaje de consiliere țintite pentru copii privind stilul de viață sănătos (activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, uzul de substanțe);
- examenul de bilanț fundamental, la împlinirea vârstei de intrare în clasa pregătitoare, cu alcătuirea fișei de înscriere a copilului, care să cuprindă schema de vaccinare efectuată;

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la [nota 1 lit. b\)](#) și [nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1](#) la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

f. Consultația preventivă a copiilor la vârsta de 10 ani, 11 ani, 12 ani, 13 ani, 14 ani, 15 ani, 16 ani și 17 ani cuprinde aceleași examinări și înregistrări de parametri de dezvoltare ca la litera e, la care se adaugă:

- consiliere și screening BTS, la cei cu comportament la risc;
- recomandare VDRL sau RPR;
- screening-ul depresiei;
- informarea fetelor și părinților privind beneficiile vaccinării opționale anti-HPV/indicație vaccinare HPV;
- consiliere privind stilul de viață sănătos: activitate fizică, nutriție, prevenire accidente, fumat, alcool, droguri, violență;
- consiliere pentru planificare familială (adolescenți care au început viața sexuală);

În cadrul consultațiilor preventive copiii beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.1.1 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care rezultatul analizei LDL colesterol este mai mare de 160 mg se recomandă consult de specialitate.

B. SERVICIILE PREVENTIVE PENTRU ADULȚI ASIMPTOMATICI

Consultația de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic are ca scop identificarea și intervenția asupra riscurilor modificabile asociate afecțiunilor cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare și metabolice, cancer, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii.

Evaluarea complexă a riscului individual în funcție de vârstă/sex se realizează prin consultație și/investigații specifice consemnate în riscogramă.

B1. Consultații preventive de evaluare a riscului individual a adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

În cadrul consultațiilor preventive asigurării asimptomati beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. a) și b) și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații. În cazul în care LDL colesterol este mai mare de 160 mg fără tratament și LDL colesterol este mai mare de 115 mg cu tratament se recomandă consult de specialitate.

Riscogramă va cuprinde următoarele:

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

Consemnarea statusului curent privind:

- fumatul (pachete/an);
- consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat;
- activitatea fizică;
- dieta;
- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzute la punctul 2;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE \geq 5 sau factori individuali crescuți).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total, LDL colesterol și glicemia pentru persoane care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30, istoric familial de deces prematur prin boală cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90.

2. Calcularea și comunicarea riscului relativ utilizând Diagrama SCORE de mai jos:

		Nefumător					Fumător				
		d	d	d	c	c	c	c	c	b	b
Tensiune arterială sistolică (mmHg)	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
	160	e	d	d	d	d	d	c	c	c	c
	140	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
	120	f	e	e	e	d	d	d	d	c	c
		1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
		f	f	f	e	e	e	e	d	d	d
		1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
		Coolesterol (mmol/l)									

(C) 2007 ESC

- b - roșu închis
- c - roșu
- d - portocaliu
- e - galben
- f - verde

NOTĂ: Sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață.

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colorectal, ovarian etc.);
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
 - femei 25 - 39 ani - data ultimului test Babeș-Papanicolau

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredocolaterale de adicție la rudele de gradul I prin filiație directă;

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct

- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de țarie a 40 ml

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 - la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulativ la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? [] DA [] NU

2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? [] DA [] NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

2. În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie.

3. Intervenții asupra riscurilor:

- Sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- Selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

e. Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
- planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (18 - 39 ani);
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- la femei 18-39 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție;
- femei și bărbați de toate vârstele: statusul privind situația de cuplu (partener stabil, partener nou, relații multiple).

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- femei 18 - 39 ani: consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folie pentru femeile care planifică o sarcină;
- consiliere pentru comportament sexual responsabil (sex protejat).

B.2. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani și peste
În cadrul consultațiilor preventive asigurații asimptomatici beneficiază de investigații paraclinice - analize de laborator prevăzute la nota 1 lit. c) și nota 2 de la pct. 1.2.3 din anexa 1 la ordin, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultații preventive de evaluare a riscului individual, nu a efectuat aceste investigații.

a. Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- consemnarea statusului curent privind:
 - fumatul (pachete/an);
 - consumul problematic de alcool evaluat prin completarea chestionarului standardizat, prevăzut la punctul B1 subpunctul d.1.2;
 - activitatea fizică;
 - dieta;

- sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor.

b. Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV) constă în:

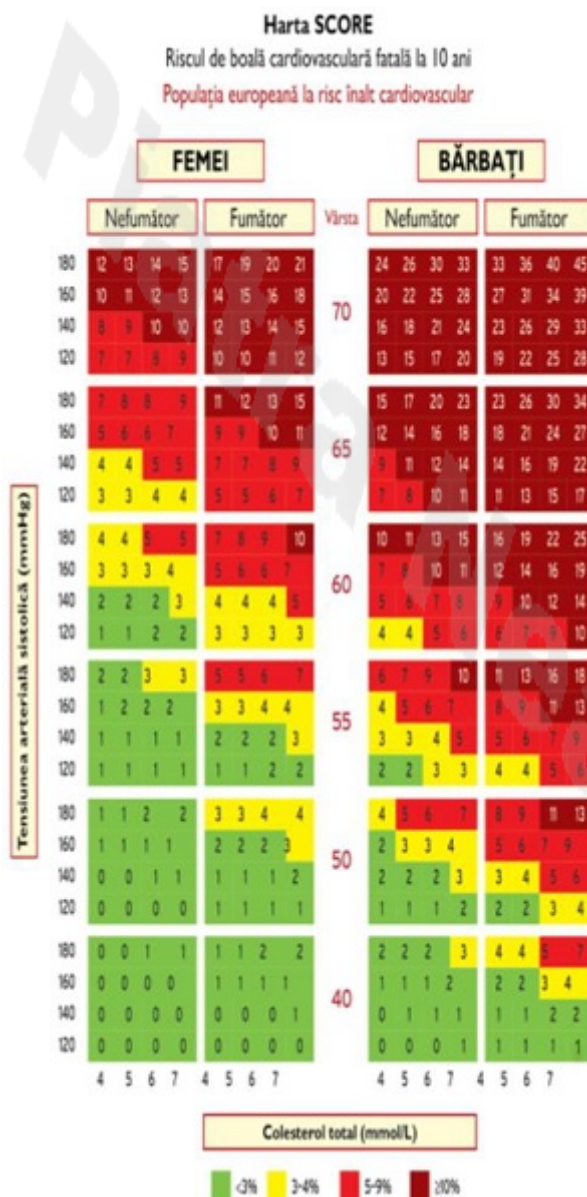
- calcularea riscului cardiovascular relativ utilizând diagramele SCORE de evaluare a riscului (European HeartScore) prevăzută mai jos;
- încadrarea pacienților într-o categorie de risc cardiovascular cu ajutorul programului HeartScore;
- aplicarea măsurilor de schimbare a stilului de viață, individualizat, în funcție de mărimea riscului stabilit;
- includerea în sistemul de monitorizare activă a pacienților cu risc cardiovascular înalt (SCORE \geq 5 sau factori individuali crescuți):

– Persoane \geq 40 ani: Risc global absolut (Diagrama SCORE - estimează riscul de eveniment cardiovascular fatal în următorii 10 ani).

În riscogramă vor fi consemnate următoarele:

1. Factorii de risc

- la toți pacienții: valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară (< 55 ani la bărbați, < 65 ani la femei) și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- colesterolul total pentru bărbații cu vârsta mai mare de 40 ani și femeile cu vârsta mai mare de 50 ani sau în post-menopauză. Repetarea colesterolului la persoanele cu risc normal se va face o dată la 5 ani;
- glicemia pentru persoanele care prezintă următorii factori de risc: TA > 140/90, IMC > 30 istoric familial de deces prematur prin boala cardiovasculară și/sau boli familiale ale metabolismului lipidic;
- creatinina serică - toate persoanele cu TA > 140/90.



2. Intervenții asupra riscurilor modificabile:

- persoanele cu Risc SCORE < 5% vor fi reevaluate, după cum urmează:
 - pentru persoanele cu Risc SCORE < 5% și mai mare 1% se formulează recomandări referitoare la stilul de viață evaluarea se va realiza anual;
 - pentru RCV \leq 1% reevaluarea riscului total se realizează o dată la 3 ani.

● persoanele cu Risc SCORE $\geq 5\%$ sau nivele înalte ale unui singur factor de risc se include în sistemul de management intensiv al riscului cardiovascular înalt (monitorizare activă prin consultații de management de caz).
NOTĂ: sunt exceptate de la evaluarea riscului cardiovascular persoanele cu următoarele afecțiuni: boala cardiovasculară deja cunoscută, diabet zaharat tip 2 sau tip 1 cu microalbuminurie, boala cronică renală sau nivele deja cunoscute foarte înalte ale factorilor individuali de risc (HTA, dislipidemie). Aceste persoane au deja un risc crescut de boală cardiovasculară și necesită managementul integrat al tuturor factorilor de risc în cadrul consultațiilor de monitorizare activă adresate bolilor cronice prioritare.

c. Evaluarea Riscului Oncologic

În riscogramă vor fi consemnate:

1. Factorii de risc:

- antecedentele personale și heredocolaterale de neoplazie la rudele de gradul I prin filiație directă;
- expunerea profesională particulară (azbest, aniline etc.) sau prin stilul de viață;
- antecedentele personale de testare prin screening pentru cancerul inclus în programele naționale de sănătate;

2. Intervenție asupra riscurilor modificabile:

- includerea persoanelor eligibile pentru intervenții de screening populațional în programele naționale de sănătate adecvate;
- trimiterea persoanelor cu risc înalt pentru evaluare și monitorizare de specialitate (risc înalt de cancer mamar, colo-rectal, ovarian etc.);
- intervenții preventive scadente la populația cu risc normal:
– femei 40 - 64 ani - data ultimului test Babeș Papanicolau.

d. Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

d.1. Factorii de risc:

d.1.1. antecedente personale și heredo-colaterale de adicție (rudele de gradul I prin filiație directă);

d.1.2. comportamentul privind consumul de alcool utilizând chestionarul standardizat cu 3 întrebări pentru depistarea consumului problematic de alcool.

Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)

Întrebări:

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a.** niciodată - 0 puncte
- b.** lunar sau mai rar - 1 punct
- c.** 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d.** 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e.** 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

2. Câte băuturi standard*) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

*) o băutură standard conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330 ml, 1 pahar vin a 125 ml sau 1 pahar de tărie a 40 ml.

- a.** una sau două - 0 puncte
- b.** trei sau patru - 1 punct
- c.** cinci sau șase - 2 puncte
- d.** șapte sau nouă - 3 puncte
- e.** zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- a.** niciodată - 0 puncte
- b.** lunar sau mai rar - 1 punct
- c.** lunar - 2 puncte
- d.** săptămânal - 3 puncte
- e.** zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

Un scor mai mare de 4 la bărbați și 3 la femei prin punctajul cumulativ la minim 2 întrebări indică un consum inadecvat.

d.2. Identificarea persoanelor cu risc înalt de depresie utilizând chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei de mai jos

Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună? [] DA [] NU

2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună? [] DA [] NU

Răspunsul afirmativ la ambele întrebări indică un risc înalt de depresie și impune trimiterea la consultații de specialitate de psihiatrie.

În riscogramă se consemnează riscul privind consumul de alcool și riscul de depresie.

Intervenții asupra riscurilor:

- sfat minimal în ceea ce privește consumul inadecvat de alcool;
- selectarea cazurilor eligibile și trimitere pentru consiliere și consultații de specialitate.

e. Riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

e.1. Obiective:

- evitarea sarcinilor nedorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- consiliere privind planificarea sarcinilor dorite la femeile de vârstă fertilă (40 - 44 ani);
- evitarea riscurilor de infecții de boli cu transmitere sexuală la populația cu risc înalt.

e.2. În riscogramă vor fi consemnate:

- La femei 40 - 44 ani: statusul privind intenția de sarcină, utilizarea unei metode de contracepție.

e.3. Intervenție asupra riscurilor:

- Femei 40 - 44 ani - consiliere în cabinet/planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă; consiliere pentru aport acid folic pentru femeile care planifică o sarcină.

NOTĂ: În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera bilete de trimitere în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul 999 din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

Anexa nr. 2C

Casa de asigurări de sănătate	
.....	
Furnizorul de servicii medicale	Reprezentantul legal al furnizorului
.....
Localitate	
Județ	Medic de familie/

	(nume, prenume)
	CNP medic de familie/

	Cod parafă

NOTIFICARE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

În perioada: de la []/[]/[] [] [] []

până la []/[]/[] [] [] []

(..... zile lucrătoare), medicul de familie, legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., va fi în vacanță,

acordarea serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista proprie se va face de către:

- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail
- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail
- medicul de familie care își desfășoară activitatea în cabinetul medical/unitatea sanitară având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Data	Reprezentant legal
.....	nume și prenume
	semnătura

Anexa nr. 3

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul /sectorul, tel/fax, adresă de e-mail, reprezentată prin Director general

și

Cabinetul medical de asistență medicală primară, organizat astfel:

- cabinet individual, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular
 - cabinet asociat sau grupat, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat
 - societate civilă medicală, cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul
 - unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare,, reprezentată prin
 - cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, cu sau fără punct secundar de lucru reprezentat prin
- având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă e-mail, și sediul punctului secundar de lucru în localitatea, str. nr., telefon fix/mobil, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#).

III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

- 1.**, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;
- 2.**, având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

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

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), în funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, și data de intrare în vigoare a [Contractului-cadru](#) și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;

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

g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

l) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz;

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

n) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696 /2021](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

g) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate și bilet de trimitere pentru persoanele asigurate, pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea; să finalizeze actul medical efectuat pentru

persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii și incontinență urinară, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

h) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#) pentru aprobarea [protocoalelor terapeutice](#) privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), și a normelor metodologice privind implementarea acestora, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [HG nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

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

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

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

q) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, să actualizeze lunar lista proprie în funcție informațiile preluate din SIUI;

r) să înscrie copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune;

Înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#); să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

s) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 11 din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), prin punerea la dispoziția medicului la care asiguratul optează să se înscrie a documentelor medicale;

ș) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și să recomande investigații paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală /biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#). Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#). În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți /secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

t) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

ț) să întocmească bilet de trimitere către specialitatea medicină fizică și de reabilitare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la

care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

u) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

v) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

x) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

y) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. x\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

z) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

– în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 13 alin. \(3\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#):

DA/NU

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană

– în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor [art. 15 de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale, convenție încheiată pe o perioadă de maximum 6 luni:

DA/NU

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**: de la până la

1.4. Valoarea minimă garantată a punctului "per capita", unică pe țară, este de lei, valabilă pentru anul 2021.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform **art. 1 alin. (2) lit. a)**, b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021** se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:%*):

*) Pentru cabinetele medicale/punctele de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară din mediul rural și din mediul urban pentru orașele cu un număr de sub 10.000 de locuitori din aria Rezervației Biosferei Delta Dunării se aplică un procent de majorare de 200%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru/puncte secundare de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru/punctele secundare de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

b) cu gradul profesional:

– medic primar%;

– medic care nu a promovat un examen de specialitate%.

1.6. În situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 18.700 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

1.6.1. - cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 18.701 - 22.000;

1.6.2. - cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000;

1.6.3. - cu 75%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000.

Numărul de puncte "per capita" pentru cabinetele medicale individuale, organizate potrivit prevederilor **Ordonanței Guvernului nr. 124/1998** privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, care au cel puțin un medic angajat cu normă întreagă și pentru cabinetele medicale care se află într-o unitate administrativ-teritorială/zonă urbană cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie, stabilite de către comisia prevăzută la **art. 2 alin. (1) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021**, se reduce după cum urmează:

– pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 18.700, dar nu mai mult de 22.000 puncte inclusiv, plata per capita se face 100%;

– pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 22.000 dar nu mai mult de 26.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 25%;

– pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 26.000 dar nu mai mult de 30.000 puncte inclusiv, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 50%;

– pentru medicii de familie care au înscrisi pe lista proprie peste 2.200 asigurați și un număr de puncte/an ce depășește 30.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se diminuează cu 75%;

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la **pct. 2** se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe țară și este de lei, valabilă pentru anul 2021.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Numele, prenumele

Cod numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
1. Asistent medical/soră medicală/moașă
Numele, prenumele
Cod numeric personal
2.
b) Medic de familie
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
Medic de familie angajat*)
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
Numele, prenumele
Cod numeric personal
Gradul profesional
Codul de parafă al medicului
Programul de lucru
1. Asistent medical/soră medicală/moașă
Numele, prenumele
Cod numeric personal
2.
c)

Articolul 9

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea minimă garantată pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea drepturilor bănești ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcție de valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea [art. 13 alin. \(4\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\), c\) pct. 1](#) și [pct. 2, e\) - h\), j\), k\), m\) - o\), q\) - v\)](#) și [z\)](#), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 7 lit. ș\)](#), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

- b)** la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;
- c)** la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;
- (5)** În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.
- (6)** În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. i\)](#) și [p\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:
- a)** la prima constatare, avertisment scris;
- b)** la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;
- c)** la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.
- (7)** Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. w\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:
- a)** la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;
- b)** începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.
- Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la [alin. \(7\)](#) - pentru nerespectarea obligației de la [art. 7 lit. w\)](#), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.
- (8)** Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(3\) - \(7\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.
- Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.
- Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.
- (9)** Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(3\) - \(7\)](#) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
- (10)** Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(3\) - \(7\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.
- (11)** Pentru cazurile prevăzute la [alin. \(3\) - \(7\)](#), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Articolul 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

Articolul 12

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Suspendarea, rezilierea și încetarea contractului

Articolul 13

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

- a)** încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6 alin. \(1\) lit. a\) - d\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;
- b)** în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c)** la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;
- d)** de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitate de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.
- e)** de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

Articolul 14

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

- a)** dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b)** dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/ retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisiere în procesul de acreditare a furnizorului;
- e)** refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de

evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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

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

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10 alin. \(2\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 9 alin. \(3\) - \(6\)](#) pentru oricare situație.

Articolul 15

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 13 alin. \(1\) lit. a\)](#), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă în cazul medicului de familie nou-venit care la expirarea celor 6 luni de la încheierea contractului nu a înscris numărul minim de asigurați conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția situațiilor stabilite de comisia constituită potrivit prevederilor [art. 2 alin. \(1\) de la capitolul I din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 16

Situațiile prevăzute la [art. 14](#) și la [art. 15 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) - a5\)](#) și [lit. f\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la [art. 15 alin. \(1\) lit. a\) - subpct. a1\)](#) și [lit. d\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 17

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 18

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 19

Valoarea definitivă a unui punct per capita și a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

Articolul 20

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

Articolul 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 22

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ACT ADIȚIONAL

– pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis). Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa nr. 4

- model -

Vizat

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii
medicale din asistența medicală primară nr.)
între reprezentantul legal al cabinetului medical și medicul înlocuitor

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență în limita a două luni/an.

I. Părțile convenției de înlocuire:

Dr., (numele și prenumele) reprezentant legal al cabinetului medical, cu sediul municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județ/sector, telefon: fix, mobil,, adresa de email, fax, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal

Medicul înlocuit (numele și prenumele)

și

Medic înlocuitor (numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

cu Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr.

II. Obiectul convenției:

1. Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contractul nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.

III. Motivele absenței

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an

2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an

4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an

5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an

6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical - (al medicului înlocuit) -

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" și pe serviciu medical pentru perioada de absență se virează de Casa de Asigurări de Sănătate în contul titularului contractului nr., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor lei/lună.

2. Termenul de plată

3. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și câte un exemplar revine părților semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,	Medicul înlocuitor
.....
(nume și prenume)	(nume și prenume)

Vizat,

Casa de Asigurări de Sănătate

CONVENȚIE DE RECIPROCIȚATE*)

Încheiată în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 -2022

I. Părțile convenției de reciprocitate:

Dr., cu CNP, reprezentant legal al cabinetului medical, C.U.I., cu sediul în localitatea, adresa cabinetului medical județul/sectorul, telefon: adresa de e-mail, având contractul nr. de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, în calitate de medic înlocuit.

și

Dr., cu CNP, reprezentant legal al cabinetului medical, C.U.I., cu sediul în localitatea, adresa cabinetului medical județul/sectorul, telefon: adresa de e-mail, având contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, nr., în calitate de medic înlocuitor.

II. Obiectul convenției:

Preluarea activității medicale în perioada, pentru un nr. de zile lucrătoare.

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an
2. vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an calendaristic
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an
5. participări la manifestări organizate pentru obținerea de credite de educație medicală continuă, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către Colegiul Medicilor din România, în limita a două luni/an
6. citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective.

IV. Locul de desfășurare a activității:

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical, adresa cabinetului, medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru după necesități.

V. Obligațiile medicului înlocuitor:

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații și formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Prezența convenției de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. și câte un exemplar revine părților semnatare.

Medic înlocuit,	Medicul înlocuitor
.....
(nume și prenume)	(nume și prenume)

Precizări:

*) Convenția de reciprocitate se încheie pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare.

Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile lucrătoare, pe an calendaristic.

Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune la casa de asigurări de sănătate, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își desfășoară activitatea.

Anexa nr. 5

- model -

CONVENȚIE DE ÎNLOCUIRE*)

(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară nr.)
între casa de asigurări de sănătate și medicul înlocuitor

*) Convenția de înlocuire se încheie pentru perioade de absență mai mari de două luni/an.

I. Părțile convenției de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate cu sediul în municipiul/orașul str. nr., județul/sectorul telefon: fix, mobil adresa e-mail fax, reprezentată prin Director general

pentru

Medicul înlocuit (numele și prenumele) din cabinetul medical, cu sediul în municipiul /orașul/comuna str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon /fax, adresa e-mail, cu contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară nr., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate, cont nr. deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare, al cărui reprezentant legal este:

.....(numele și prenumele), având codul numeric personal nr.

și

Medicul înlocuitor(numele și prenumele)

Codul de parafă

Codul numeric personal

Licența de înlocuire temporară ca medic de familie nr. sau contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat cu casa de asigurări de sănătate nr.

II. Obiectul convenției

Preluarea activității medicale a medicului de familie, cu contract nr., pentru o perioadă de absență de, de către medicul de familie

III. Motivele absenței:

1. incapacitate temporară de muncă, care depășește două luni/an
2. concediu de sarcină sau lehuzie
3. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani
4. perioada cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, care depășește două luni/an
5. perioada în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate
6. perioada de rezidențial în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate
7. concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani
8. concediu pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau a copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani.

IV. Locul de desfășurare a activității

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit)

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care își desfășoară activitatea.**)

***) Pentru situația în care preluarea activității s-a făcut de către un medic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, programul de activitate al medicului înlocuitor se prelungește corespunzător, în funcție de necesități.

V. Obligațiile medicului înlocuitor

Obligațiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit și casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care revine titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică extinsă/calificată proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea medicul înlocuitor, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" și pe serviciu aferente perioadei de absență se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr., deschis la Banca/Trezoreria statului.
2. Pentru punctajul "per capita" și punctajul pe serviciu, se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.
3. Termenul de plată
4. Documentul de plată

VII. Prezenta convenție de înlocuire a fost încheiată astăzi,, în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adițional la contractul nr. al medicului înlocuit și un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	Medicul înlocuitor,
Director general,	.....
.....
Director executiv al Direcției economice,	De acord,
.....	Reprezentant legal al cabinetului medical***)
.....
Director executiv al Direcției relații contractuale,	.....
.....
Vizat	.....
Juridic, Contencios	.....
.....

***) Cu excepția situațiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

Anexa nr. 6

- model -

CONVENȚIE DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală primară

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul /sectorul, telefon/fax adresă de e-mail, reprezentată prin director general

și

Unitatea sanitară de asistență medicală primară, cu sau fără punct de lucru secundar, reprezentată prin, având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, și sediul punctului de lucru secundar în comuna, str. nr., telefon: fix/mobil, adresă de e-mail

II. Obiectul convenției

Articolul 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#).

III. Servicii medicale furnizate

Articolul 2

(1) Serviciile medicale furnizate în asistența medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

(2) Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, de către următorii medici de familie:

1., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

2., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane asigurate beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de

persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie;

3., având un număr de persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, un număr de persoane din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), înscrise pe lista proprie.

IV. Durata convenției

Articolul 3

Prezenta convenție este valabilă o perioadă de maximum 6 luni de la data încheierii.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

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

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 196 alin. \(1\)](#) - funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I și data de intrare în vigoare a Contractului-cadru și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;

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

g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de constatare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

k) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară după caz;

l) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală (convenție), precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală (convenție) cu casa de asigurări de sănătate;

m) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale (convenție) formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 5

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

b) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H. G. nr. 696/2021](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate;

c) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în convenție;

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

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul convenției cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

g) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate și bilet de trimitere pentru persoanele asigurate, pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea; să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii și incontinență urinară, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

h) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#) pentru aprobarea [protocoalelor terapeutice](#) privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor

care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), și a normelor metodologice privind implementarea acestora, sau că medicamentul este produs biologic;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în convenție;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce face obiectul convenției încheiate cu casa de asigurări de sănătate;

k) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [HG nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

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

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

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

q) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, să actualizeze lunar lista proprie în funcție de informațiile preluate din SIUI;

r) să înscrie copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie; să înscrie pe lista proprie gravidele și lăuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#); să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale

din pachetul de bază în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

s) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 11 din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), prin punerea la dispoziția medicului la care asiguratul optează să se înscrie a documentelor medicale;

ș) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și să recomande investigații paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală /biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#). Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#). În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuzi /secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#), și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

t) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

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

u) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

v) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

x) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(11\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

y) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. x\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

z) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în convenție; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune prejudicii sau sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în convenție.

VI. Modalități de plată

Articolul 6

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt: Medicii de familie nou-veniți într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați este de 6480 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit [lit. a\)](#) cu 1,5.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical și medic de familie nou-venit în componența cabinetului medical cu care s-a încheiat convenția:

a) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform [alin. \(1\) lit. a\)](#) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

b) Medic de familie nou-venit

Numele, prenumele

Codul numeric personal

Gradul profesional

Codul de parafă al medicului

Programul de lucru

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) lei

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit lei

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plătește la data de, pe baza facturii și a documentelor necesare decontării transmise în format electronic lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

c)

.....

Articolul 7

(1) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului /medicului, a programului de lucru prevăzut în convenție se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 5 lit. a\), c\) pct. 1 și pct. 2, e\) - h\), j\), k\), m\) - o\), q\) - v\) și z\)](#), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 5 lit. ș\)](#), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea convenției se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform convenției în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea convenției se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 5 lit. i\)](#), și [p\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma stabilită potrivit [art. 15 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 5 lit. w](#)), constatată pe parcursul derulării contractului /convenției, se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;
- b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

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

În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală/convenție cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract/convenție cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în prezentul ordin.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\) - \(5\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(9) Pentru cazurile prevăzute la [alin. \(1\) - \(5\)](#), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

Articolul 8

Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenții trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 9

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauză specială

Articolul 10

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării convenției și care împiedică executarea acesteia, este considerată ca forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

X. Suspendarea , rezilierea și încetarea convenției

Articolul 11

(1) Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6 alin. \(1\) lit. a\) - d\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală /convenție cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract/convenție a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului/convenției pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

Articolul 12

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

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

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

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

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

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

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

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

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10 alin. \(2\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 7 alin. \(1\) - \(4\)](#) pentru oricare situație.

Articolul 13

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a convenției 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 convenției, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenției în condițiile [art. 11 alin. \(1\) lit. a](#) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin convenția încheiată, 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 6 luni de la data încetării convenției.

(3) În cazul în care convenția dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din convenție a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în convenția încheiată cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acesteia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nicio altă convenție de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării convenției.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noua convenție se reziliază/se modifică în condițiile [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia convenții cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în convențiile de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea convenției.

(5) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în convenție, prevederile [alin. \(2\) - \(4\)](#) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Articolul 14

Situațiile prevăzute la [art. 12](#) și la [art. 13 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) - a5\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 13 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) și [lit. d\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

XI. Corespondența

Articolul 15

Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în convenție.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea convenției

Articolul 16

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 17

Dacă o clauză a acestei convenții ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenției nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului convenției.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 18

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentei convenții vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezenta convenție de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice: ecografiile generale (abdomen și pelvis)

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa nr. 7

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ACORDATE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

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

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală

1.2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei

1.1. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate.

Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la [Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9](#) la [Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#), cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au asigurat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt

cele prevăzute la [punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare

1.2.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo- epidemic suspionată și confirmată.

1.2.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.3.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică- ginecologie din ambulatoriu.

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

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

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală,

1.2. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute, precum și acutizări ale bolilor cronice

1.3. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemoepidemic

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

1.6. Servicii de îngrijiri paliative

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

1.8. Servicii de sănătate conexe actului medical

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei

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

1.1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de specialitate acordă intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale și dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau solicită serviciile de ambulanță, precum și la cazurile de cod verde prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#), cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-au acordat intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0 - 18 ani pentru care se decontează maximum 2 consultații. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii. Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 16 ani, care se prezintă în regim de urgență la medicii din specialitățile clinice, aceștia pot elibera prescripții medicale pentru o perioadă de 3 zile.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate ca "urgență" de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute precum și acutizări ale bolilor cronice, cuprinde:

a) anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

b) unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- d) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
- e) recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- f) bilet de internare, după caz;
- g) bilet de trimitere către alte specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz;
- h) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;
- i) eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.2.1. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutezări ale bolilor cronice, pe un bilet de trimitere, se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului, indiferent de codul de diagnostic stabilit de către medicul de specialitate din specialitățile clinice.

1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în [anexa nr. 13](#) din prezentul ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.2.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se decontează maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.2.4.2. Pentru situațiile prevăzute la [punctul 1.2.4](#) nu este necesar bilet de trimitere.

1.2.5. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile acute, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.3. Servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice, cuprinde:

- a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c. stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;
- d. recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
- e. recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, după caz;
- f. evaluare clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției bolnavilor cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare.
- g. bilet de trimitere către alte specialități, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu/bilet de internare, după caz.
- h. eliberare de certificat de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în [anexa nr. 13](#) la prezentul ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se acordă maximum două consultații pentru:

- a. urmărirea evoluției sub tratamentul stabilit în cursul internării
- b. efectuarea unor manevre terapeutice
- c. examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului, după o intervenție chirurgicală sau ortopedică
- d. recomandări pentru investigații paraclinice considerate necesare, după caz.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit inițial precum și orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situațiile de la [subpct. 1.3.4](#) nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asigurații care au bilet de trimitere de la medicul de familie - consultație management de caz, - în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronșic și BPOC, al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate acordă consultație și efectuează în cabinet proceduri prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază pentru specialitățile clinice/recomandă, după caz, investigații paraclinice suplimentare față de cele recomandate de medicul de familie. În biletul de trimitere pentru investigații paraclinice suplimentare recomandate de medicul de specialitate, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, se evidențiază "management de caz". Se decontează maximum 2 consultații/semestru dacă în biletul de trimitere este evidențiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate.

1.3.6. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Consultațiile la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile cronice, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la [punctul II din anexa la H.G. nr. 423/2020](#).

1.4.1. Se decontează o singură consultație per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată.

1.4.2. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
- c) evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la [pct. 1.5 litera a\)](#) sau serviciile prevăzute la [pct. 1.5 literele a\) - d\)](#) și se decontează patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.6. Servicii de îngrijiri paliative-consultații medicale de îngrijire paliativă

Consultația de îngrijiri paliative cuprinde:

- a) anamneza, examenul clinic general, evaluare și examenul clinic specific supraspecializării/competenței /atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și /sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b) manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- c) stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igieno-dietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice;

- d) recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
- e) recomandare pentru dispozitive pentru protezare stomii, conform prevederilor legale;
- f) bilet de internare, după caz;
- g) bilet de trimitere către alte specialități în ambulatoriu, după caz;
- h) eliberare de certificat de concediu medical, după caz;
- i) bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, conform prevederilor legale în vigoare, după caz.

1.6.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, elaborarea planului de îngrijire paliativă, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu nevoie de îngrijire paliativă, se decontează pe un bilet de trimitere maximum 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.6.2. Consultația medicală de îngrijiri paliative se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate.

1.7. Servicii diagnostice și terapeutice

Procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent și specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii	Specialități clinice care pot efectua serviciul respectiv
	A. Proceduri diagnostice simple: punctaj 10 puncte:	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia	oftalmologie, neurologie și neurologie pediatrică numai pentru oftalmoscopia
2	biometrie	oftalmologie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)	oftalmologie
4	recoltare pentru test Babeș- Papanicolau	obstetrică- ginecologie
5	EKG standard	cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pneumologie, nefrologie
6	peak- flowmetrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă
7	spirometrie	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie
8	pulsoximetrie	medicină internă, geriatrie și gerontologie, cardiologie, pneumologie, pediatrie
10	teste de provocare nazală, oculară, bronșică	alergologie și imunologie clinică, pneumologie
11	teste cutanate cu agenți fizici (maximum 4 teste)	alergologie și imunologie clinică
12	test la ser autolog	alergologie și imunologie clinică
13	testare cutanată la anestezice locale	alergologie și imunologie clinică, geriatrie și gerontologie, specialități chirurgicale
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)	alergologie și imunologie clinică
15	examinare cu lampa Wood	dermatovenerologie
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braț, respectiv deget/braț	chirurgie, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie
17	măsurarea forței musculare cu dinamometrul	neurologie, neurologie pediatrică, geriatrie și gerontologie
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilității calorice și testul sensibilității discriminatorii)	neurologie, neurologie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, medicină internă, geriatrie și gerontologie, ORL
19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMS, Raisberg)	neurologie, neurologie pediatrică, psihiatrie, geriatrie și gerontologie
20	recoltare material biptic	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
	B. Proceduri diagnostice de complexitate medie: punctaj 20 puncte	
1	determinarea refracției (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmatometrie	oftalmologie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană	oftalmologie
3	explorarea funcției binoculare (test worth, Maddos, sinoptofor), examen pentru diplopie	oftalmologie
4	foniatrie	ORL
5	audiogramă*) *) Include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.	ORL
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)	ORL

7	dermatoscopie	dermatovenerologie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)	cardiologie, medicină internă
9	tensiune arterială continuă – holter TA	cardiologie, medicină internă
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt	cardiologie
11	EEG standard	neurologie, neurologie pediatrică
12	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete	endocrinologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie, ortopedie și traumatologie
14	evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii	neurologie și diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
15	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic și duplex)	neurologie, neurologie pediatrică
	C. Proceduri diagnostice complexe: punctaj 40 puncte	
1	electromiograma/electroneurograma	neurologie, neurologie pediatrică
2	determinarea potențialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)	neurologie, neurologie pediatrică, oftalmologie, ORL
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare și/sau mapping	neurologie, neurologie pediatrică
4	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale și tehnici derivate	neurologie, neurologie pediatrică
5	colposcopia	obstetrică- ginecologie
6	monitorizarea hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice	cardiologie, medicină internă, nefrologie
	D. Proceduri diagnostice de complexitate superioară: punctaj 100 puncte	
1	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duode) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de studii complementare
2	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz	gastroenterologie, alte specialități clinice pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de studii complementare
	E. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple: punctaj 15 puncte	
1	extracție de corpi străini- conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior	oftalmologie
2	incizia glandei lacrimale și a sacului lacrimal	oftalmologie
3	tratatamentul chirurgical al pingueculi	oftalmologie
4	tratatamentul chirurgical al pterigionului	oftalmologie
5	sutura unei plăgi de pleopă, conjunctivă	oftalmologie
6	injecție subconjunctivală, retrobulbară, de medicamente	oftalmologie
7	criocoagularea (crioaplicația) conjunctivală	oftalmologie
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului	oftalmologie
9	tamponament posterior și/sau anterior ORL	ORL
10	extracție corpi străini: conduct auditiv extern, nas, faringe	ORL
11	aspirația și lavajul sinusului nazal prin puncție	ORL
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL	ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie	ORL
14	terapia chirurgicală a afecțiunilor mamare superficiale	obstetrică- ginecologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă
15	inserția dispozitivului intrauterin	obstetrică- ginecologie
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate	dermatovenerologie
17	crioterapia în leziuni cutanate	dermatovenerologie
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate- plăți tăiate superficial, înțepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscente plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)	dermatovenerologie, chirurgie, inclusiv chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică, ortopedie și traumatologie
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I și grad II	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenți chimici < 10%	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
22	terapia chirurgicală a panarițului (ertematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică

23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
24		dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părți moi, perianal, pilonidal)	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
26	terapia chirurgicală a panarițului osos, articular, tenosinival	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
28	terapia chirurgicală a edemului dur și seromului posttraumatic	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos	chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
31	terapia chirurgicală a supurațiilor postoperatorii	chirurgie generală, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, ortopedie și traumatologie, obstetrică-ginecologie, chirurgie toracică, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, urologie, chirurgie pediatrică și ortopedie pediatrică
32	tratamentul plăgilor	toate specialitățile chirurgicale
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)	urologie, chirurgie pediatrică, chirurgie generală
34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză	obstetrică- ginecologie, chirurgie generală
F. Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe: punctaj 25 puncte		
1	tratamentul chirurgical al unor afecțiuni ale anexelor globului ocular (șalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)	oftalmologie
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior	oftalmologie
3	tratament chirurgical ORL colecție: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom	ORL
4	extragere fibroscopică de corpi străini în căile respiratorii superioare	ORL
5	manevre de mică chirurgie pentru abces și/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetații vulvă, vagin, col	obstetrică- ginecologie
6	cauterizare de col uterin	obstetrică- ginecologie
7	diatermocoagularea colului uterin	obstetrică- ginecologie
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune	dermatovenerologie, chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
9	terapia chirurgicală a panarițului osos, articular, tenosinival	chirurgie
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor	chirurgie
11	terapia chirurgicală a hematomului	chirurgie
12	dilatația stricturii uretrale	urologie, chirurgie
13	criocoagularea (crioaplicația) transsclerală	oftalmologie
G. Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple punctaj 7 puncte		
1	aerosoli/ședință (maxim 3 ședințe)	alergologie și imunologie clinică, pneumologie, pediatrie, ORL
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)	ORL
3	administrare tratament prin injectarea părților moi (intramuscular, intradermic și subcutanat)	toate specialitățile
H. Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie: punctaj 11 puncte		
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/ședință (maxim 4 ședințe)	dermatovenerologie
3	mezoterapia – injectare terapeutică paravertebrală și periarticulară	neurologie, neurologie pediatrică, dermatovenerologie, reumatologie, geriatrie și gerontologie
4	probe de re poziționare vestibulară	ORL, neurologie, neurologie pediatrică
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergice standardizate	alergologie și imunologie clinică

6	administrare tratament prin punție intravenoasă	toate specialitățile
7	infiltrații nervoase regionale	anestezie și terapie intensivă, oftalmologie, ORL, chirurgie generală, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, obstetrică- ginecologie, chirurgie plastică estetică și microchirurgie reconstructivă, neurochirurgie, chirurgie cardiovasculară
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient	anestezie și terapie intensivă
I. Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe: punctaj 14 puncte		ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, geriatrie și gerontologie
1	puncții și infiltrații intraarticulare	obstetrică- ginecologie
2	instilația uterotubară terapeutică	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, neurologie, neurologie pediatrică
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxina botulinică)	
J. Tratamente ortopedice medicale: punctaj 20 puncte		
1	tratamentul ortopedic al luxației, entorsei sau fracturii antebrăului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpene, tarsiene, metatarsiene, falange	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxației patellei, umărului; disjunctie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxației, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
4	tratament în displazia luxantă a șoldului în primele 6 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viață	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
6	tratamentul la copii cu genul valgum, genu varum, picior plat valg	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie pediatrică
7	tratamentul fracturii amielice fără deplasare a coloanei vertebrale	ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală
K. Terapii psihiatrice*): punctaj 30 puncte		
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală și familială	
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv- compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții)**)	
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv- compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicții, tulburări din spectrul autist**)	
4	terapia cognitiv- comportamentală**)	
L. Terapii de genetică medicală: punctaj 30 puncte		
1	Sfat genetic	

*) Terapiile psihiatrice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Terapiile psihiatrice acordate la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor diagnostice și terapeutice acordate la cabinet.

Medicii de specialitate din ambulatoriul clinic vor consemna terapiile psihiatrice acordate la distanță în fișa pacientului, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

**) pot fi acordate numai de către medicii de specialitate cu specialitatea clinică psihiatrie/psihiatrie pediatrică certificați conform prevederilor legale în vigoare.

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

- a) neurologie și neurologie pediatrică;
- b) otorinolaringologie;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- d) reumatologie;
- e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;
- f) oncologie medicală;
- g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- h) hematologie;

- i) nefrologie și nefrologie pediatrică;**
- j) oncologie și hematologie pediatrică;**
- k) cardiologie;**
- l) pneumologie.**

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

Servicii de sănătate conexe actului medical:	Tarif pe serviciu medical - puncte
a) Neurologie și neurologie pediatrică:	
a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
a1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;	30 puncte /ședință
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copiii/adulți;	30 puncte /ședință
a1.3) psihoterapie pentru copiii/adulți;	30 puncte /ședință
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: - consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;	15 puncte /ședință
a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeuți	
a3.1) kinetoterapie individuală;	30 puncte /ședință
a3.2) kinetoterapie de grup;	15 puncte /ședință
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice /dispozitive electromecanice / dispozitive robotizate.	15 puncte /ședință
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte /ședință
b1.2) consiliere psihologică clinică	30 puncte /ședință
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:	
b2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte /ședință
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	15 puncte /ședință
c) Psihiatrie, inclusiv psihiatrie pediatrică:	
c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
c1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte /ședință
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copiii/adulți	30 puncte /ședință
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist; Notă: până la intrarea în vigoare a Normelor tehnice de realizare a Programelor curative de sănătate, respectiv a Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu TSA	30 puncte /ședință
c1.4) psihoterapia copilului și familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist Notă: până la intrarea în vigoare a Normelor tehnice de realizare a Programelor curative de sănătate, respectiv a Subprogramului național de intervenții specializate acordate persoanelor diagnosticate cu TSA	30 puncte /ședință
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped	15 puncte /ședință
c3) Servicii furnizate de fizioterapeut: (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2:	
c3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte
c3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte
c3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/ dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	15 puncte
d) Reumatologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
d1) kinetoterapie individuală	30 puncte
d2) kinetoterapie de grup	15 puncte

d3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	15 puncte
e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2	
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
e1) kinetoterapie individuală	30 puncte
e2) kinetoterapie de grup	15 puncte
e3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice /dispozitive robotizate	15 puncte
f) Oncologie medicală	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice	30 puncte /ședință
g) Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu diagnostic confirmat de diabet zaharat	30 puncte /ședință
h) Hematologie	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie : consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu afecțiuni oncologice	30 puncte /ședință
i) Nefrologie și nefrologie pediatrică	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii și adulți cu insuficiență renală cronică - dializă	30 puncte /ședință
j) Oncologie și hematologie pediatrică.	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie : consiliere psihologică clinică pentru copii cu afecțiuni oncologice	30 puncte /ședință
k) Cardiologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2, numai pentru pacienții cu afecțiuni post infecție Covid - 19 sau agravări post infecție Covid - 19	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică, pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid - 19 sau agravări post infecție Covid - 19	30 puncte /ședință
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
k1) kinetoterapie individuală	30 puncte
k2) kinetoterapie de grup	15 puncte
k3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	15 puncte
l) Pneumologie în condițiile prevăzute la punctul 1.8.2, numai pentru pacienții cu afecțiuni post infecție Covid - 19 sau agravări post infecție Covid - 19	
Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie: consiliere psihologică clinică, pentru pacienți cu afecțiuni post infecție Covid - 19 sau agravări post infecție Covid - 19	30 puncte /ședință
Servicii furnizate de fizioterapeut:	
l1) kinetoterapie individuală	30 puncte
l2) kinetoterapie de grup	15 puncte
l3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	15 puncte
m) Îngrijiri paliative	
m1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie:	
m1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic	30 puncte /ședință
m1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulți	30 puncte /ședință
m1.3) psihoterapie pentru copii/adulți	30 puncte /ședință
m2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped: consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;	15 puncte /ședință
m3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut	
m3.1) kinetoterapie individuală	30 puncte /ședință
m3.2) kinetoterapie de grup	15 puncte /ședință
m3.3) kinetoterapie pe aparate speciale: dispozitive mecanice/dispozitive electromecanice/dispozitive robotizate	15 puncte /ședință

1.8.2. Serviciile de kinetoterapie se acordă conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare prin scrisoare medicală.

1.8.3. Serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie sau în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, se acordă la solicitarea furnizorului de servicii medicale clinice prin scrisoare medicală, conform unui plan stabilit de comun acord de medicul de specialitate clinică, medicul cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative și psiholog/logoped.

Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped pot fi acordate și la distanță, prin

orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanță se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile serviciilor conexe acordate la cabinet.

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.9.1. Serviciile medicale permit prezentarea direct la medicul de specialitate obstetrică- ginecologie din ambulatoriu.

1.10. Servicii medicale în scop diagnostic - caz și condițiile de acordare. Aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi, se acordă în ambulatoriu de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Durata serviciului	Tarif/ serviciu
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	<p>Consultații de specialitate obstetrică- ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh</p> <p>Uree serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>Creatinină serică</p> <p>Glicemie</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>TSH</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)</p> <p>Secreție vaginală</p> <p>Examen citologic cervico-vaginal Babeș- Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detectia Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile)</p> <p>Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii</p>	30 minute	632,41 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	<p>Consultație de specialitate obstetrică- ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO</p> <p>Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh</p> <p>Uree serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>Creatinină serică</p> <p>Glicemie</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>TSH</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR</p> <p>Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (hepatită B și C)</p> <p>Secreție vaginală</p> <p>Examen citologic cervico-vaginal Babeș- Papanicolau (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detectia Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile)</p> <p>Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii</p>	30 minute	388,46 lei
3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) *2)	<p>Consultație de specialitate obstetrică- ginecologie (interpretare integrativă a rezultatelor)</p> <p>Dublu test / triplu test</p> <p>Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)</p>	45 minute	552,00 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică- ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă</p> <p>Creatinina serică</p> <p>Acid uric seric</p> <p>TGP</p> <p>TGO</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment) Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	30 minute	141,23 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	<p>Consultație de specialitate obstetrică- ginecologie</p> <p>Hemoleucogramă completă Sodiu seric Potasiu seric</p> <p>Examen complet de urină (sumar + sediment)</p> <p>Uree serică Acid uric seric Creatinină serică</p> <p>Ecografie obstetricală și ginecologică</p>	30 minute	142,99 lei

6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiotocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	30 minute	142,00 lei
7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelului *4)	Consultație chirurgie generală/obstetrică- ginecologie Efectuare mamografie*10) Comunicare rezultat	30 minute	102,00 lei
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânelului cu suspiciune identificată mamografic *5)	Consultație chirurgie generală/obstetrică- ginecologie Efectuare mamografie*10) Ecografie sân*10) Comunicare rezultat	30 minute	182,00 lei
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	171,24 lei
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	30 minute	211,24 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	45 minute	217,00 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin*9) - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică- ginecologie	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece) examen histopatologic (1-3 blocuri)	45 minute	391,30 lei

*1) Serviciile de la poz. 1 și 2 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă pentru o sarcină.

Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#) privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare. Specialități care acordă serviciul:

- clinice: obstetrică- ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător pozițiilor 1 și 2 se contractează numai de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează consultația de specialitate și ecografia de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii, precum și laborator de analize medicale pentru efectuarea tuturor analizelor medicale prevăzute în cadrul pachetului.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidență a acesteia de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

Consultația medicală de specialitate obstetrică-ginecologie cuprinde:

- anamneză;
- examenul clinic general;
- examen ginecologic și obstetrical complet;
- recomandarea efectuării investigațiilor paraclinice și interpretarea integrativă a rezultatelor acestora;
- evaluarea factorilor de risc medicali și/sau obstetricali și ierarhizarea cazului;
- recomandări privind supravegherea evoluției sarcinii;
- recomandări privind măsurile igienico-dietetice și profilactice și, după caz, terapeutice în cazul identificării unei patologii asociate sarcinii.

Acordarea pachetului de servicii medicale corespunzător pozițiilor 1 și 2 și rezultatele acestuia se consemnează complet și la zi în evidențele obligatorii ale furnizorului de servicii, precum și în scrisoarea medicală și Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

În situația în care serviciile medicale corespunzătoare pozițiilor 1 și 2 se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare poziției 3.

*2) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 1, 2 sau 3 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

Specialități care acordă serviciul de la poz. 3:

- clinice: obstetrică-ginecologie; medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie trebuie să facă dovada deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică sau supraspecializării în medicina materno-fetală;
- paraclinice: medicină de laborator

Pachetul de servicii medicale corespunzător poziției 3 se contractează numai de unitățile sanitare care au în structura organizatorică cabinet de obstetrică-ginecologie în cadrul căruia se efectuează ecografia pentru depistarea anomalii fetale S11 - S19 + 6 zile și laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test, în funcție de vârsta gestațională.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă care se acordă în perioada S11 - S19 + 6 zile de sarcină.

*3) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

Specialități care acordă serviciile corespunzătoare poz. 4, 5 și 6:

- clinice: obstetrică-ginecologie, pentru care medicii trebuie să facă dovada Deținerii competenței/atestatului de pregătire complementară în ultrasonografie obstetricală și ginecologică;
- paraclinice: medicină de laborator

*4) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie sau chirurgie generală, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice sânelui. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare de imagistică medicală din cadrul unităților sanitare care fac dovada efectuării unui număr de minimum 5.000 mamografii în ultimii 2 ani calendaristici, conform înregistrărilor în Registrul parametrilor individuali de expunere în radiologia de diagnostic și radiologia intervențională, prevăzut la punctul IC "Instalații radiologice pentru mamografie/tomosinteză" din [anexa nr. 1 la Normele](#) privind înregistrarea, centralizarea și raportarea informațiilor privind expunerea medicală a populației la radiații ionizante, aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății nr. 1255/2016](#).

Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*5) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Se efectuează o dată la 2 ani prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică ginecologie sau chirurgie generală, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânelui. În cazul unui rezultat negativ, investigația se repetă peste 2 ani.

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare de imagistică medicală din cadrul unităților sanitare care fac dovada efectuării unui număr de minimum 5.000 mamografii în ultimii 2 ani calendaristici, conform înregistrărilor în Registrul parametrilor individuali de expunere în radiologia de diagnostic și radiologia intervențională, prevăzut la punctul IC "Instalații radiologice pentru mamografie/tomosinteză" din [anexa nr. 1 la Normele](#) privind înregistrarea, centralizarea și raportarea informațiilor privind expunerea medicală a populației la radiații ionizante, aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății nr. 1255/2016](#).

Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 35 - 64 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale colului uterin și la femeile din grupa de vârstă 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic și care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

Se efectuează prin prezentare la medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile 35 - 64 ani, se indică triaj citologic.

În cazul unui rezultat negativ, se repetă peste 5 ani.

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

Serviciul se validează după consultația a II-a în cadrul căreia se comunică rezultatul și se indică conduită în funcție de rezultat; serviciul se efectuează cu raportarea obligatorie a rezultatului la test către programul național de screening pentru cancerul de col uterin (de la laborator).

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezintă absența congenitală a colului uterin;
2. prezintă histerectomie totală pentru afecțiuni benigne;
3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*7) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*8) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

Citirea și interpretarea rezultatelor se efectuează în laboratoare din cadrul unităților sanitare în care s-au înființat unități de asistență tehnică și management ale programului de screening pentru cancer și care au organizat o rețea proprie de screening în conformitate cu prevederile Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, aprobate prin Ordin al ministrului sănătății.

*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 și 10.

*10) Tariful pentru serviciul de la poz. 7, respectiv de la poz. 8, este același, indiferent dacă mamografia /ecografia de sân, după caz, se efectuează pentru un sân sau pentru ambii săni.

2. Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate

Nr. crt.	Denumirea specialității
1	Alergologie și imunologie clinică
2	Anestezie și terapie intensivă
3	Boli infecțioase
4	Cardiologie
5	Cardiologie pediatrică
6	Chirurgie cardiovasculară
V	Chirurgie generală
B	Chirurgie orală și maxilo-facială
9	Chirurgie pediatrică
10	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
11	Chirurgie toracică
12	Chirurgie vasculară
13	Dermatovenerologie
14	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
15	Endocrinologie
16	Gastroenterologie
1V	Gastroenterologie pediatrică
1B	Genetică medicală
19	Geriatrică și gerontologie
20	Hematologie
21	Medicină internă
22	Nefrologie
23	Nefrologie pediatrică
24	Neonatologie

25	Neurochirurgie
26	Neurologie
2V	Neurologie pediatrică
2B	Oncologie medicală
29	Oncologie și hematologie pediatrică
30	Obstetrică-ginecologie
31	Oftalmologie
32	Otorinolaringologie
33	Ortopedie și traumatologie
34	Ortopedie pediatrică
35	Pediatrică
36	Pneumologie
3V	Pneumologie pediatrică
3B	Psihiatrie
39	Psihiatrie pediatrică
40	Radioterapia
41	Reumatologie
42	Urologie

3. Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează la cabinet exemplarul biletului de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

4. Numărul de puncte pe consultație, valabil pentru pachetele de servicii:

	Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a. Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	16,20 puncte	17,25 puncte
b. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	32,40 puncte	
c. Consultația peste vârsta de 4 ani	10,80 puncte	11,50 puncte
d. Consultația de psihiatrie și psihiatrie pediatrică peste vârsta de 4 ani	21,60 puncte	
e. Consultația de planificare familială	10,80 puncte	
f. Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani (până la împlinirea vârstei de 4 ani)	21,60 puncte	
g. Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,40 puncte	
h. Consultația pentru îngrijiri paliative	18,00 puncte	

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani și peste, numărul de puncte corespunzător consultației se majorează cu 2 puncte.

5. Pentru competența/atestatul de studii complementare în planificare familială și în îngrijiri paliative se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#), și a prezentului ordin.

6. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse în [anexa nr. 17](#) la prezentul ordin ca o consecință a actului medical propriu pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate inclusiv de la medicul de familie în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la prezentul ordin. Pentru aceste servicii furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

7. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

8. Servicii de acupunctură - consultații cură de tratament

În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

8.1. Consultația de acupunctură: se acordă o singură consultație pentru fiecare cură de tratament cu un tarif de 13 lei.

8.2. Cura de tratament/caz: se acordă maxim 2 cure/an calendaristic pe asigurat, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri /zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

8.3. Consultațiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic.

9. În baza competenței/atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie, care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate pot încheia contract de furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

C. Pachetul de servicii în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European /Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 și la lit. B punctul 1 subpunctul 1.2 din prezenta anexă.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la lit. B din prezenta anexă, sau după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A punctul 1 subpunctele 1.1 și 1.2 din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă, se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa nr. 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ
în asistența medicală ambulatorie de
specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctura,
planificare familială și îngrijiri paliative

Articolul 1

(1) Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice și medicilor cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea consultațiilor la distanță pentru afecțiunile cronice și pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, la același tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte ca cel aferent consultațiilor efectuate în cabinetul medical.

Articolul 2

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte prevăzute în [anexa nr. 7](#) la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective, servicii efectuate de aceștia și cuprinse în [anexa nr. 7](#) la prezentul ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei, prevăzute în [anexa nr. 7](#) la ordin, în limita sumelor contractate lunar/trimestrial.

Articolul 3

(1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice, și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, și pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);

c) pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153 /154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi /medic/cabinet, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații.

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării și de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatică și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatică.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, convenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatică pentru care punctajul nu poate depăși 360 de puncte în medie pe zi.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în [anexa 43](#) la prezentul ordin.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice și de îngrijiri paliative în ambulatoriu, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice/îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin [Legea nr. 598/2001](#), și după caz, organizate potrivit prevederilor [Legii nr. 213/2004](#) privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările și completările ulterioare, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii de sănătate conexe conform [anexei nr. 7](#) la prezentul ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform [Legii nr. 213/2004](#), cu modificările și completările ulterioare.

(3) Numărul serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate cu încadrarea în suma contractată, funcție de tipul fiecărui serviciu și durata acestuia, precum și de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.

Articolul 4

(1) Suma convenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice și medicilor cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor [art. 3](#), în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

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

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistență medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 4,0 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv și care nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată.

(5) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 193 alin. \(3\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului se defalchează pe trimestre.

Articolul 5

(1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel

efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

Articolul 6

(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizate / 10 (număr mediu zile de tratament contractat).

Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctură și cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de acupunctură se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare și se utilizează pentru decontarea serviciilor efectuate de la data semnării actului adițional. În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de acupunctură se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii de acupunctură care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 153 de lei, reprezentând contravaloarea unei consultații și a unei cure de acupunctură, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de acupunctură acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract. Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de acupunctură decontate de casa de asigurări de sănătate.

Articolul 7

(1) La stabilirea sumei contractate cu casa de asigurări de sănătate de un furnizor pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz, se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz este prevăzut în [anexa nr. 7](#) la prezentul ordin.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) Contravaloarea serviciilor în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri și a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

(4) În situația în care la unii furnizori se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de sumele prevăzute în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional valoarea contractată inițial cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Articolul 8

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

Articolul 9

Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, care nu se regăsesc în [anexa nr. 7](#) la prezentul ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu /recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 10

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriu de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124 /1998, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#).

Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente.

Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative la domiciliu, cabinetele medicale individuale - organizate conform reglementărilor în vigoare - pot raporta în vederea decontării numai

serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor [art. 3 alin. \(2\)](#).

Articolul 11

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative la domiciliu acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la prezentul ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și a consultațiilor la distanță acordate de către medicii de specialitate din specialitățile clinice sau de către medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a Instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate pentru afecțiunile acute și subacute de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cronice și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialități clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitățile clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă /probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță

cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 C](#) la prezentul ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile clinice și medicii cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 D](#) la prezentul ordin.

Articolul 12

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate din specialitățile clinice întâlniri cu medicii de specialitate pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 9

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate
din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură,
planificare familială și îngrijiri paliative

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, adresă e-mail reprezentată prin Director general,

și

- Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- cabinetul individual, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular
- cabinetul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap. județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat
- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin administratorul
- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare,, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin
- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap. județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin
- Ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;
- Centrul de diagnostic și tratament, centrul medical și centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin
- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului, având sediul din municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte.
- Cabinet medical de îngrijiri paliative în ambulatoriu organizat conform dispozițiilor legale în vigoare.

NOTĂ: În situația în care furnizorul are punct/puncte secundar(e) de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative acordă asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#) în următoarele specialități și competențe/atestare de studii complementare - pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative:

- a)
- b)

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.;
4.;

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 696/2021](#).

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\)](#) din anexa nr. 2 la [H.G. nr. 696/2021](#) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate,

precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

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

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2021

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2021.

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

p) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de

asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să asigure utilizarea:

- 1.** formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;
- 2.** formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;
- 3.** prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [H.G. nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate

și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

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

m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia. n) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021, precum și a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../... 2021;

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

r) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

ț) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

u) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. t\)](#) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

w) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, și tarif pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe țară; pentru anul 2021 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de ... lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..... 2021 se ajustează în funcție de:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea, cu%*)

*) În condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

b) gradul profesional medic primar%.

(5)

a) Tariful pe consultație de acupunctură este de lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultațiile și serviciile medicale - caz de acupunctură este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

– Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

– Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

– Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

– Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

(7) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021.

(8) Tariful pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este:

–(denumire serviciu) lei

–(denumire serviciu) lei

(9) Valoarea contractului serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic este de lei și se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este lei, din care:

– Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

– Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

– Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

– Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei
- luna XI lei
- luna XII lei.

(10) Plata serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... 2021.

Articolul 9

(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, transmise lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Până la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor convenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat lei x număr mediu al zilelor de tratament realizate/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri și a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate.

În situația în care la unii furnizori se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(4) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de specialitate din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:
Grad profesional:
Specialitatea/atestat de studii complementare/competență:
Cod numeric personal:
Codul de parafă al medicului:
Program zilnic de activitate ore/zi
c)
.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

Articolul 12

Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului

Articolul 13

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), v), w) precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... 2021 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare

familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(3) În cazul în care se constată în derularea contractului, de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. o\)](#) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. f\), h\)](#) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. t\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la [art. 7 lit. t\)](#), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\) - \(5\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

Articolul 14

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

- a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 23 alin. \(1\) lit. b\) - e\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
- d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;
- e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - e\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură sau pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

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

Articolul 15

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

- a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;
- e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială, acupunctură și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 27 alin. \(3\) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#)
- i) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la [art. 13 alin. \(1\) - \(4\)](#).

Articolul 16

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 16 alin. \(1\) lit. a](#) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 17

(1) Situațiile prevăzute la [art. 15](#) și la [art. 16 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) - a5\)](#) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la [art. 16 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

Articolul 18

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

Articolul 19

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 20

Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu este element de negociere între părți.

Articolul 21

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

Articolul 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de data de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al Direcției Economice,	
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii
efectuate de medicii de specialitate din specialitățile clinice

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

Anexa nr. 10

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Servicii medicale - consultații, serii de proceduri - în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

1.1. Consultația medicală de specialitate - inițială, cuprinde:

- a. anamneză, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea și recomandarea explorărilor necesare și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- b. bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, bilanțul global gestual și întocmirea planului de recuperare;
- c. unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- d. stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igienico-dietetic și fizical și de reabilitare medicală, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile

terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

1.2. Consultația de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri la un interval ce nu poate să depășească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.

1.3. Procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei serii de proceduri - efectuate în baze de tratament, precum și perioadele pentru care se pot acorda sunt:

Nr. crt.	PROCEDURI SPECIFICE DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE
1.	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2.	Galvanizare
3.	Ionizare
4.	Curenți diadinamici
5.	Trabert
6.	TENS
7.	Curenți interferențiali
8.	Unde scurte
9.	Microunde
10.	Curenți de înaltă frecvență pulsatilă
11.	Ultrasunet
12.	Combinatie de ultrasunet cu curenți de joasă frecvență
13.	Magnetoterapie
14.	Laserterapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare
18.	Curenți cu impulsuri exponențiale
19.	Contractia izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplicații cu parafină
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limfmasaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizație cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parțială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracțiuni vertebrale și articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulații periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice și robotizate
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon și bule
42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parțială cu nămol
47.	Aplicație de unde de șoc extracorporale
48.	Aplicație de oscilații profunde
49.	Speleoterapia/Salinoterapia

Procedurile de la pct. 1 - 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Procedurile de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Procedurile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de medicină fizică și de reabilitare.

1.3.1. Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de medicină fizică și de reabilitare pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

1.3.2. În cazul unor perioade de tratament fracționate la recomandarea medicului de medicină fizică și de reabilitare pentru fiecare perioadă de tratament se decontează o consultație inițială și o consultație de reevaluare, dar nu mai mult de două consultații inițiale și două consultații de reevaluare pe an/asigurat.

1.3.3. Seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare stabilită de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare decontată pentru un asigurat include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează maximum 4 proceduri/zi, din care 2 proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare cu factori terapeutici naturali.

1.4. Pentru situațiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare se decontează 3 consultații/trimestru pentru aceeași afecțiune.

1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie și monitoriza de către medicul în specialitatea medicină fizică și de reabilitare din unitățile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătății, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecțiuni cronice, se decontează o consultație și prescripția medicală /prescripțiile medicale aferente, trimestrial sau lunar, cu condiția ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeași perioadă.

1.6. Consultațiile de specialitate medicină fizică și de reabilitare se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu clinic, sau de la medicul de specialitate din spital la externare, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la prezentele norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.7. În cadrul consultațiilor de medicină fizică și de reabilitare se pot efectua după caz, următoarele proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente care se efectuează în cabinetul medical:

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente
1.	Infiltrații periarticulare
2.	Puncții și Infiltrații intraarticulare
3.	Tratament intraarticular cu plasmă îmbogățită cu trombocite (PRP)
4.	Tratamentul spasticității prin infiltrații cu toxină botulinică
5.	Blocuri de nervi periferici
6.	Mezoterapia
7.	Administrare de tratament prin puncție intra-venoasă
8.	Electromiografie
9.	Evaluare funcțională instrumentată cu dispozitive mecatronice și/sau senzori inerțiali, actuatori etc.

1.8. Lista afecțiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare este:

Nr. crt.	AFECȚIUNI
1.	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2.	Tulburări extrapiramidale și ale motricității
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare
7.	Paralizia cerebrală și alte sindroame paralizice
8.	Status post infarct miocardic acut

9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficiența cardiacă clasa NYHA I și II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I și II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecțiuni ale țesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenții chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice
18.	Status post COVID-19

1.9. Tariful pe consultație în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare este de 30 lei. Tariful pe consultație în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, în cadrul căreia se efectuează minim două proceduri dintre cele prevăzute la [punctul 1.7](#) este de 40 lei. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%.

1.10. Recomandarea pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare se face pe baza biletului de trimitere eliberat de către medicii de specialitate din ambulatoriu clinic, de către medicii de specialitate din spital la externare și de către medicii de familie, iar procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

1.11. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la [lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3](#) din prezenta anexă, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38. Tariful pe zi de tratament pentru procedurile specifice medicină fizică și de reabilitare acordate în bazele de tratament, care se decontează pentru un asigurat este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la [lit. A, pct. 1, subpunctul 1.3](#) din prezenta anexă cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38. Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Nu se decontează de casele de asigurări de sănătate serviciile de medicină fizică și de reabilitare atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR /DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, de consultațiile prevăzute la [lit. A punctul 1, subpunctul 1.1](#) din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România și acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din ambulatoriu clinic și de către medicii de specialitate din spital la externare.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formulare lor/documente lor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la lit. A din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#) din

prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 11

MODALITĂȚILE DE PLATĂ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

Articolul 1

(1) Unitățile ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale - consultații/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în [anexa nr. 10](#) la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale - consultații, respectiv tariful pe consultație, care este de 30 lei iar tariful pe consultație cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum și numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la [subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10](#) la ordin, cu excepția pozițiilor 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38 și este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la [subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10](#) la ordin, cu condiția ca cel puțin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziția 1, 28 - 29, 32 - 34 și 38.

Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabilește conform [anexei nr. 11 B](#) la ordin și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

(4) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare conform prevederilor din [anexa nr. 11 B](#) la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract, începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în cadrul unui trimestru, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră și se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar

stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare decontate de casa de asigurări de sănătate.

În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinația îngrijiri medicale la domiciliu.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială cabinetele de specialitate clinică medicină fizică și de reabilitare pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultații de medicină fizică și de reabilitare acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale - consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultație în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute.

Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore în medie pe zi, numărul de consultații poate scădea sau crește corespunzător;

b) serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât și la adulți, cu excepția copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare.

(9) Fondurile suplimentare aprobate în cursul anului 2021 cu destinația de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultații și numărul de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în [anexa nr. 11 B](#) la ordin, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(10) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultații și a numărului de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare acordate numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic sau de medicii de specialitate din spital la externare, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în stațiunile balneoclimaterice se emit de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital la externare, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de specialitate clinică medicină fizică și de reabilitare.

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

(14) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații și tarifele pe consultații prevăzute la [alin. \(2\)](#);

b) numărul de zile de tratament de medicină fizică și de reabilitare realizat în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele prevăzute la [alin. \(2\)](#). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: număr proceduri recomandate și efectuate pe zi / 4 x tarif pe zi de tratament.

Articolul 2

(1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

(2) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

Articolul 3

(1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare care nu se regăsesc în [anexa nr. 10](#) la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic se face în cadrul unor consultații realizate peste valoarea de contract.

Articolul 4

(1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124 /1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal. Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

Articolul 5

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialitățile clinice, cu excepția consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în [anexa nr. 13](#) la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și reabilitare acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din

statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană. /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialitățile clinice este utilizat și pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare și este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 90 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare. Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(6) Medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în [anexa nr. 31 C](#) la ordin.

(7) Medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin.

(8) Medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate recomandă dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive prin eliberarea de prescripție medicală - recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu. Modelul de prescripție medicală - recomandare privind acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale este prevăzut în [anexa nr. 39 D](#) la ordin.

Articolul 6

(1) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la [art. 225 alin.\(1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 23 D](#) la ordin.

Articolul 7

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică

vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 11A

- model -

Furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am []/nu am [] contract de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data	Reprezentant legal:
.....	nume și prenume
	semnătura

Anexa nr. 11B

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

Capitolul I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați, acreditați sau înscriși în procesul de acreditare potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină fizică și de reabilitare.

Capitolul II

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se au în vedere următoarele criterii:

- A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 50%
- B. Evaluarea resurselor umane 50%
- A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

- a) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate.
- b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.
- c) Furnizorii sunt obligați să prezinte documentele pentru aparatul/aparatele deținute din care să reiasă: anul fabricației, seria și numărul, numărul de canale și numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul /aparatele respective pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta manualul de utilizare/fișa tehnică.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor [H.G. nr. 696/2021](#) și într-un program de lucru distinct.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare, emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

A.1. Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

Nr. crt.	Tip aparat	Puncte	Nr. maxim de proceduri/oră
1.	Aparate de electroterapie pentru 1 pacient (cu un canal)	10 puncte	3
2.	Aparate de electroterapie pentru 2 pacienți tratați simultan (2 sau mai multe canale)	20 puncte	8
3.	Baie galvanică și alternantă	20 puncte	2
4.	Aparate de magnetoterapie	10 puncte	3
5.	Aparate cu energie luminoasă (laserterapie, ultraviolete, infraroșii)	10 puncte	5
6.	Aparate pentru terapie cu unde de șoc	10 puncte	5
7.	Aparate de parafină	10 puncte	3 aplicații/ canapea/pat/ oră
8.	Aparate pentru înaltă frecvență	15 puncte	4
9.	Aparate pentru drenaj limfatic	10 puncte	2
10.	Aparat pentru ultrasonoterapie	10 puncte	5
11.	Aparat de aerosoli	10 puncte	4
12.	Cadă de hidroterapie	10 puncte/ 1 cadă	2
13.	Cadă de hidroterapie cu duș subacval sau cu bule	20 puncte/ 1 cadă	2
14.	Dispozitive de dușuri terapeutice (scoțian, alternativ etc.)	20 puncte/ dispozitiv	2
15.	Echipament de elongație	15 puncte/ echipament	1

Punctajul pentru fiecare aparat, conform celor de mai sus, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.

Vechimile de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform [H.G. nr. 2139/2004](#) pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Nr. crt.	Denumire aparat	Număr canale	An fabricație	Total puncte/ aparat	Total proceduri pe oră/aparat
1	2	3	4	5	6

TOTAL PUNCTE:

NOTA 1: La contractare, se va ține cont de:

a) numărul maxim de proceduri care pot fi efectuate pe fiecare aparat/oră, conform tabelului de mai sus

b) numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către asistentul de balneofizioterapie cu pregătire superioară sau medie de specialitate, asistentul medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare, profesorul de cultură fizică medicală, precum și de către fiziokinetoterapeutul și kinetoterapeutul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 10 proceduri/oră; numărul maxim de proceduri/oră posibil de efectuat în cadrul programului de lucru de către maseuri și băieși care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, indiferent de forma de organizare a furnizorului, este de 4 proceduri/oră.

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la [lit. b\)](#) este mai mic decât cel prevăzut la [lit. a\)](#), punctajul total aferent [lit. A.1](#) se înmulțește cu raportul calculat între numărul de proceduri de la [lit. b\)](#) și numărul de proceduri de la [lit. a\)](#).

În situația în care, numărul maxim de proceduri prevăzut la [lit. b\)](#) este mai mare decât cel prevăzut la [lit. a\)](#), se acordă punctajul aferent [lit. A.1](#).

A.2. Evaluarea sălii de kinetoterapie:

- Suprafața utilă a sălii este între 8 - 15 mp și dotare corespunzătoare conform [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 10 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 3 și minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare/tură/
- Suprafața utilă a sălii este între 16 - 30 mp și dotare corespunzătoare conform [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale = 40 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 6 și minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare /tură.
- Suprafața utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie și dotare superioară față de prevederile [Ordinului MSP 153/2003](#), cu modificările și completările ulterioare = 60 puncte; pentru kinetoterapie de grup numărul maxim de pacienți este 8 indiferent de mărimea sălii și minim doi fizioterapeuți/asistenți medicali de balneofiziokinetoterapie și recuperare/tură.

A.3. Evaluarea bazinului de hidrokinetoterapie

- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 30 - 40 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 16 puncte și minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare/tură;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este între 40 - 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 30 puncte și minim un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare/tură;
- volumul bazinului de hidrokinetoterapie este de peste 60 mc și are dotarea corespunzătoare actelor normative în vigoare = 40 puncte și minim doi fizioterapeuți/asistenți medicali de balneofiziokinetoterapie și recuperare/tură.

TOTAL puncte resurse tehnice

NOTA 1: Sala de kinetoterapie și bazinul de hidrokinetoterapie se punctează numai dacă la furnizor își desfășoară activitatea cel puțin un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare / în funcție de dimensiunile sălii/bazinului. Punctajele pentru [lit. A.2](#) și [A.3](#) se acordă pentru încadrarea cu personal de specialitate (un fizioterapeut/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare) pentru o normă întreagă (7 ore). Pentru fracțiuni de normă, punctajele aferente [lit. A.2](#) și [A.3](#) se ajustează proporțional.

NOTA 2: Nu se punctează bazinele de hidrokinetoterapie care se utilizează și pentru alte activități în afara celor strict medicale care se contractează cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane:

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent balneofizioterapie, asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare, maseur, băieș - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

a. medic în specialitatea medicină fizică și de reabilitare:

- medic primar - 20 puncte/medic/1 normă
- medic specialist - 18 puncte/medic/1 normă

Nume și prenume medic	Număr de ore	Punctaj
-----------------------	--------------	---------

b. fizioterapeut - 15 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj
-----------------	--------------	---------

c. asistent balneofizioterapie/asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj
-----------------	--------------	---------

d. maseur - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj
-----------------	--------------	---------

e. băieș - 10 puncte/1 normă

Nume și prenume	Număr de ore	Punctaj
-----------------	--------------	---------

TOTAL PUNCTE

Program de activitate săptămânal al bazei de tratament - 8 ore/zi:

- 5 zile/săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână = 5 puncte
- 5 zile/săptămână/mai mult de 8 ore pe zi și mai puțin de 16 ore pe zi = punctaj proporțional cu programul de activitate declarat
- TOTAL puncte

Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor corespunzătoare fiecărui criteriu la numărul de puncte obținut la fiecare criteriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite pentru fiecare criteriu.

Punctajul obținut de fiecare furnizor corespunzător fiecărui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Anexa nr. 12

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală pentru
specialitatea medicină fizică și de reabilitare

(pentru unitățile sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare)

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail, reprezentată prin director general

și

- unitatea sanitară ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, reprezentată prin
- cabinetul medical de specialitate, organizat potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, reprezentat prin
- societatea de turism balnear și de recuperare, constituită potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990 republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, și care îndeplinește condițiile prevăzute de [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002](#) privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare medicală, aprobată prin [Legea nr. 143/2003](#), reprezentată prin
- ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte; având sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon fax, e-mail
- Centrul de sănătate multifuncțional - unitate cu personalitate juridică (autorizat, -și evaluat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare, potrivit dispozițiilor legale în vigoare), având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa e-mail, fax, reprezentat prin

NOTĂ:

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform **Hotărârii Guvernului nr. 696/2021** pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

III. Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare

Articolul 2

Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare asiguraților, conform anexei nr. 10 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare se face de către următorii medici:

1.;
2.;
3.

Articolul 4

Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital la externare, aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul de medicină fizică și de reabilitare.

IV. Durata contractului

Articolul 5

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 6

Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părților, pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

V. Obligațiile părților

Articolul 7

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, furnizorii de servicii medicale, cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical - consultație/zi de tratament, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe țară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital la externare, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, în condițiile respectării prevederilor [art. 45 alin. \(2\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractul-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022;

o) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

Articolul 8

Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- b)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- c)** să asigure utilizarea:
1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;
 2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;
 3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; în situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este prevăzut în Anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice.
 4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al cărui model este prevăzut în [anexa nr. 39 D](#), [anexa nr. 31 C](#), respectiv [anexa nr. 31 D](#) la ordin.
- d)** să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;
- e)** să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Anexa nr.... la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- f)** să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- g)** să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- h)** să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- i)** să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare. În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [H.G. nr. 720/2008, republicată](#),

cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

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

m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia.

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

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în Anexa nr.13 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#). Lista cuprinzând afecțiunile ce permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#). Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate precum și periodicitatea seriilor specifice de care are nevoie asiguratul; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Anexa nr.43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr./....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

q) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

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

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

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

t) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

v) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. u\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

w) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente necesare în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - ,dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

x) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic;

y) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

Articolul 9

Modalitatea de plată a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație/ - zi de tratament, exprimat în lei, pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696 /2021.

Articolul 10

(1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii - consultații/zile de tratament negociat(orientativ)	Tariful pe serviciu medical - consultație*/zi de tratament*)	Valoare lei
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - Consultații			
Servicii medicale - Consultații cu proceduri			
Zile de tratament aferente seriilor de proceduri			

*) Tariful pe serviciu medical - consultație și tariful/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare sunt cele prevăzute în anexa nr. 11 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 și au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații și numărului de zile de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de lei.

Articolul 11

(1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de zile de tratament medicină fizică și de reabilitare realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe zi de tratament în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de Tarifele pe zi de tratament se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate și efectuate este de 4 /zi, în caz contrar tarifele se reduc proporțional conform formulei: nr. proceduri recomandate și efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de

contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare decontate de casa de asigurări de sănătate.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră: Suma anuală contractată este de lei, din care:

– Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

– Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

– Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

– Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic de medicină fizică și de reabilitare din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului și al cabinetelor de specialitate din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică organizat în structura spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului.

a) Medic

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic

Nume: Prenume:.....

Grad profesional:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

Articolul 12

Plata serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, acordate în unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr., deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare

Articolul 13

Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 14

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 15

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 16

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 17

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului

Articolul 18

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 lit. a), c), d), g), i), k) - m), p) - ș), t), w) și x) precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în Anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2021 sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și de alte organe competente, nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. o) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 8 lit. f), h) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 8 lit. t](#)), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la [art. 8 lit. t](#)) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de contract.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\) - \(5\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

Articolul 19

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 41 alin. \(1\) lit. b\) - e\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - e\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - e\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare.

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

Articolul 20

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

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

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

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

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

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

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

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

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 45 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#);

i) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la [art. 18 alin. \(1\) - \(4\)](#).

Articolul 21

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 19 alin. \(1\) lit. a](#)), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 22

(1) Situațiile prevăzute la [art. 20](#) și la [art. 21 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2 - a5](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la [art. 21 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1](#)) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

Articolul 23

Prezentul contract poate fi reziliat de către părțile contractante datorită neîndeplinirii obligațiilor contractuale, sub condiția notificării intenției de reziliere cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește rezilierea.

XI. Corespondența

Articolul 24

Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 25

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 26

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența de medicină fizică și de reabilitare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 27

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 28

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al Direcției Economice,	
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - ecografiile efectuate
de medicii de specialitate din specialitatea medicină fizică
și de reabilitare

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

Anexa nr. 13

LISTA

cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct
la medicul de specialitate din
ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
2. Malformații congenitale și boli genetice
3. Boala cronică de rinichi - faza predializă
4. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
5. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
6. Colagenoze majore (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
7. Aplazia medulară
8. Anemii hemolitice endo și exo-eritrocitare
9. Trombocitemia hemoragică
10. Histiocitozele
11. Telangectazia hemoragică ereditară
12. Purpura trombopenică idiopatică
13. Trombocitopatii
14. Purpura trombotică trombocitopenică
15. Boala von Willebrand
16. Coagulopatiile ereditare
17. Boala Wilson
18. Malaria
19. Tuberculoza
20. Boala Addison
21. Diabet insipid
22. Tulburări psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, grup diagnostic tulburări ale dispoziției, autism, ADHD, boli psihice la copii)

23. Miastenia gravis
24. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu bypass coronarian
25. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
26. Risc obstetrical crescut la gravide
27. Astm bronșic
28. Glaucom
29. Statuspost AVC
30. Boala celiacă la copil
31. Boala cronică inflamatorie intestinală (boala Crohn și colita ulceroasă)
32. Sindromul Schwachmann
33. Hepatita cronică de etiologie virală B, C și D și ciroza hepatică în tratament cu imuno- modulatori sau analogi nucleotidici/nucleozidici
34. Boala Hirschprung
35. Bolile nutriționale la copii (malnutriția protein-calorică la sugar și copii, anemiile carentiale până la normalizare hematologică și biochimică) și obezitatea pediatrică
36. Bronșiectazia și complicațiile pulmonare supurative
37. Scleroza multiplă
38. Demențe degenerative, vasculare, mixte
39. Starea posttransplant
40. Insuficiența renală cronică - faza de dializă
41. Bolile rare prevăzute în Programele naționale cu scop curativ
42. Afecțiuni oncologice și oncohematologice
43. Diabetul zaharat cu sau fără complicații
44. Boala Gaucher
45. Boala Graves-Basedow și alte forme de hipertiroidism
46. Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV)
47. Boala Cushing
48. Paralizile cerebrale
49. Epilepsia
50. Boala Parkinson
51. Poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă, psoriazis cronic sever
52. Afecțiuni ale copilului 0 - 1 an
53. Anomalii de mișcare binoculară (strabism, forii) copii 0 - 18 ani
54. Vicii de refracție și tulburări de acomodare copii 0 - 18 ani
55. Afecțiuni ale aparatului lacrimal (0 - 3 ani)
56. Infarctul intestinal operat
57. Arteriopatii periferice operate
58. Insuficiență respiratorie cronică severă

NOTA 1: Prezentarea la medicul/medicii din specialitatea/specialitățile care tratează afecțiunile de mai sus se face direct fără bilet de trimitere.

NOTA 2: Medicul de specialitate trebuie să informeze, cel puțin o dată pe an, medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit sau nu schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.

NOTA 3: Pentru bolile cronice pentru care se face management de caz, prezentarea la medicul de specialitate se face cu bilet de trimitere de la medicul de familie pe care este evidențiat management de caz.

Anexa nr. 14

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată c		Beneficiarii legilor speciale
			Copii 0 - 18 ani	Peste 18 ani	

1.*)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic stomatologic, evidențierea plăcii dentare prin colorare, după caz și igienizarea bucală *) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat peste 18 ani și o consultație la 6 luni pentru copii până la 18 ani.	133	100%	60%	100%
2.	Tratamentul cariei simple	94	100%	100%	100%
2.1.	Obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei	120	100%	60%	100%
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/ dinte	150	100%	100%	100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie	97	100%	60%	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%	100%	100%
5.	Tratamentul gangrenei pulpare	109	100%	60%	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	109	100%	100%	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie	94	100%	100%	100%
7.1.	Tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale	40	100%	60%	100%
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie	20	100%		
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie	70	100%	60%	100%
10.**)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei **) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dinte respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate	86	100%	100%	100%
11.	Decapșonarea la copii	47	100%		
12.	Reducerea luxației articulației temporo- mandibulare	62	100%	100%	100%
13 ***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă ***) Se acordă o dată la 4 ani.	850		60%	100%
14 ****)	Reparație proteză ****) Se acordă o dată pe an.	78		100%	100%
14.1 ****)	Rebazare proteză ****) Se acordă o dată pe an.	150		100%	100%
15.	Element protetic fizionomic (acrilat/compozit)	78	100%	60%	100%
16.	Element protetic semi-fizionomic (metal + acrilat/compozit)	170	100%	60%	100%
17.	Reconstituire coroană radiculară	100	100%	60%	100%
18 *****)	Decon condiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbuță și capelină	546	100%		
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	20	100%		
20. *****)	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	780	100%		
21.	Șlefuirea în scop ortodontic/ dinte	20	100%		
22. *****)	Reparație aparat ortodontic *1) Se decontează pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă *****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento- facială.	390	100%	100% *1)	
23.	Menținătoare de spațiu mobile	468	100%		
24. *****)	Sigilare/dinte *****) o procedură decontată la 2 ani.	78	100%		
25.	Fluorizare (pe o arcadă dentară) *2) se decontează pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani	70	100%		*2)

NOTĂ: În cadrul grupei de vârstă peste 18 ani - numai pentru tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, casele de asigurări de sănătate decontează 100% tarifele aferente serviciilor de medicină dentară pentru care în tabelul de mai sus este prevăzut procentul de 60%.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști/ medicii stomatologi , cu excepția celor de la codurile 18, 20 și 22 din tabel.

2. Serviciile de medicină dentară de urgență sunt prevăzute la codurile 2.2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 14.1 și 22, din tabel.

3. Dentiștii acordă numai serviciile prevăzute la codurile 1, 2, 2.1, 4 și 24 din tabel.

4. Formula dentară:

Dinți permanenți:

11 - incisiv central dreapta sus

12 - incisiv lateral dreapta sus

13 - canin dreapta sus

14 - primul premolar dreapta sus

15 - al doilea premolar dreapta sus

16 - primul molar dreapta sus

17 - al doilea molar dreapta sus

18 - al treilea molar dreapta sus

21 - incisiv central stânga sus
22 - incisiv lateral stânga sus
23 - canin stânga sus
24 - primul premolar stânga sus
25 - al doilea premolar stânga sus
26 - primul molar stânga sus
27 - al doilea molar stânga sus
28 - al treilea molar stânga sus
31 - incisiv central stânga jos
32 - incisiv lateral stânga jos
33 - canin stânga jos
34 - primul premolar stânga jos
35 - al doilea premolar stânga jos
36 - primul molar stânga jos
37 - al doilea molar stânga jos
38 - al treilea molar stânga jos
41 - incisiv central dreapta jos
42 - incisiv lateral dreapta jos
43 - canin dreapta jos
44 - primul premolar dreapta jos
45 - al doilea premolar dreapta jos
46 - primul molar dreapta jos
47 - al doilea molar dreapta jos
48 - al treilea molar dreapta jos Dinți temporari
51 - incisiv central dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv central stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - molar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv central stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - molar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv central dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

5. În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP/cod unic de asigurare.

6. Medicii de medicină dentară pot efectua radiografia dentare (retroalveolară și panoramică) cuprinse în [anexa nr. 17](#) la ordin ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 20 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

7. Pentru beneficiarii legilor speciale tarifele aferente serviciilor prevăzute la codurile 1, 2, 2.1., 3, 5, 9 și 13 se suportă din fond în mod diferențiat, după cum urmează:

- pentru beneficiarii **Legii nr. 51/1993** privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;
- pentru beneficiarii **Legii nr. 44/1994** privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;
- pentru beneficiarii **Legii nr. 341/2004** a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989, precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului - Lupeni - august 1977 **nr. 341/2004**, cu modificările și completările ulterioare, procentul de 100% se decontează dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare, din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Apărării Naționale și Ministerului Afacerilor Interne, în caz contrar procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 60%;
- pentru celelalte categorii de asigurați beneficiari ai legilor speciale, procentul decontat de casele de asigurări de sănătate este de 100%;

8. Tarifele pentru actele terapeutice prevăzute la codurile 2, 2.1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 17, 21 și 24 sunt corespunzătoare pentru o unitate dentară - pentru un dinte.

9. Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice	Tarif - lei -	Suma decontată de CAS
2.2.	Tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare/dinte	150	100%
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic	39	100%
6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie	109	100%
7.	Tratamentul afecțiunilor paradonțului cu anestezie	94	100%
10.*)	Chiuretaj alveolar și tratamentul hemoragiei	86	100%
	*) În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.		
12.	Reducerea luxației articulației temporo- mandibulare	62	100%
14 **)	Reparație proteză **) Se acordă o dată pe an.	78	100%
14.1 **)	Rebazare proteză **) Se acordă o dată pe an.	150	100%
22. ***)	Reparație aparat ortodontic ***) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonție și ortopedie dento-facială.	390	100%

NOTĂ:

- 1.** Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști/ medicii stomatologi, cu excepția celor de la codul 22 din tabelul de la **litera B**.
- 2.** Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la codul 4 din tabelul de la **litera B**.
- 3.** Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.
- 4.** Persoanele beneficiare ale pachetului minimal suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate - radiografiile dentare și tratamentul prescris.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/ REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

- 1.** Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de servicii medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la **lit. B** din prezenta anexă, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formulare lor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la [lit. A](#) din prezenta anexă, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.
3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la [lit. A](#) din prezenta anexă, sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute în tabelul de la [lit. B](#) din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 15

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

Articolul 1

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical în lei.

Articolul 2

Lista serviciilor medicale de medicină dentară și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în [anexa nr. 14](#) la ordin.

Articolul 3

- (1) La stabilirea valorii de contract pentru medicii de medicină dentară/dentiști se au în vedere:
- a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
 - b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
 - c) gradul profesional. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;
 - d) pentru medicii din mediul rural suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%;
 - e) suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei/lună. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.
- (2) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract. Furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.
- (3) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract și se repartizează proporțional, corespunzător elementelor utilizate la stabilirea valorii de contract.

Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent unui act terapeutic aplicabil pacientului adult, respectiv 39 lei, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii de bază se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data încheierii actului adițional.

Prin excepție, pentru trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

(4) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

Articolul 4

În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

Articolul 5

Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în [anexa nr. 14](#) la ordin.

Articolul 6

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

Articolul 7

Contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară care nu se regăsesc în [anexa nr. 14](#) la ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

Articolul 8

În cabinetele medicale din ambulatoriu de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare. Medicii sau dentiștii angajați în cabinete medicale individuale nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de medicină dentară/dentiștii pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 9

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de medicină dentară întâlniri cu medicii de medicină dentară pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de medicină dentară din ambulatoriu măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 16

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de medicină dentară în asistența medicală de specialitate
din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon/fax, e-mail, reprezentată prin Director general,

și

– Cabinetul medical organizat potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

– cabinetul individual, reprezentat prin medicul dentist/medicul stomatolog/dentistul titular

– cabinetul asociat sau grupat, reprezentat prin medicul dentist/medicul stomatolog/dentistul delegat

– societatea civilă medicală, reprezentată prin administrator

– unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, reprezentată prin

– Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii reprezentată prin

– ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

– Centrul de diagnostic și tratament, centru medical și unitatea medicală cu personalitate juridică, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap. județul/sectorul, telefon fax, e-mail, reprezentat prin

– Centrul de sănătate multifuncțional (cu sau fără personalitate juridică), inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap. județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa de e-mail, fax, reprezentat prin

NOTĂ:

În situația în care furnizorul are punct/puncte secundare de lucru acestea se vor evidenția distinct, fiind menționate adresa, telefon fix/mobil, adresă de e-mail.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Hotărârii Guvernului nr. ... pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696 /2021](#).

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraților serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii de medicină dentară, prevăzute în anexa nr. 14 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), în următoarele specialități:

a)

b)

c)

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/medici stomatologi/dentiști:

1.

2.

3.

4.

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2021 .

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 696/2021](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 6

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

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), în limita valorii de contract;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d)** să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e)** să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2](#) la H.G. nr., furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- f)** să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;
- g)** să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;
- h)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
- i)** să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor motivarea sumelor decontate în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
- j)** să actualizeze în PIAS, permanent, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- k)** să contracteze și să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară și radiografie panoramică), numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

l) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

m) să pună la dispoziția furnizorilor de servicii de medicină dentară cu care se află în relații contractuale, formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Articolul 7

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

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare și partea de contribuție personală suportată de asigurat; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat

de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată;

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

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

l) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#) cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [H.G. nr. 720/2008, republicată](#) cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

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

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

o) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

p) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

r) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

s) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

s) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. s\)](#) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

t) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ț) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

Modalitatea de plată în asistența medicală dentară din ambulatoriu este tariful pe serviciu medical în lei.

Articolul 9

Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora și în condițiile prevăzute în anexa nr. 14 respectiv în anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#) și în limita sumei contractate și defalcate trimestrial și lunar/cabinet/medic, stabilită conform art. 3 din anexa nr. 15 la ordinul menționat mai sus.

Suma anuală contractată este de lei,
din care:

– Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

– Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

– Suma aferentă trimestrului III lei

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

– Suma aferentă trimestrului IV lei

din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

Articolul 10

(1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 3 alin. (3) din anexa nr. 15 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) și fiecare medic dentist/ medic stomatolog /dentist din componența cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum și cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care își desfășoară activitatea în sistem integrat.

a) Medic dentist/medic stomatolog/dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafa al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

b) Medic dentist/ medic stomatolog/dentist

Nume: Prenume:

Grad profesional:

Specialitatea:

Codul de parafă al medicului:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate ore/zi

c)

.....

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 14

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

Articolul 15

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\), c\), d\), g\), j\) - m\), o\), p\), r\), t\) și t\)](#), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7 lit. f\), h\) și n\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. q\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7 lit. q\)](#) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de [H.G. nr. 696/2021](#).

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\) - \(5\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Articolul 16

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

- a)** încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 58 alin. \(1\) lit. b\) - e\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;
- b)** în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c)** la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
- d)** de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;
- e)** de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMSR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - e\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - e\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de medicină dentară.

Articolul 17

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

- a)** dacă furnizorul de servicii de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b)** dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d)** expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;
- e)** refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, documentele solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entităților controlate și necesare actului de control;
- f)** la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului /medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- g)** dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
- h)** odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la [art. 15 alin. \(1\) - \(4\)](#).

Articolul 18

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 16 alin. \(1\) lit. a](#)), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisiere în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 19

Situațiile prevăzute la [art. 17](#) și la [art. 18 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2 - a5](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu/prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 18 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte a datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul cabinetului medical declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putință spiritului contractului.

Articolul 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al Direcției Economice,	
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ACT ADIȚIONAL

pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară și panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmește după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

Anexa nr. 17

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

1. Lista investigațiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
		Hematologie	
1.	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	14,01
2.	2.6002	Numărătoare reticulocite	5,62
3.	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	18,62
4.	2.6040	VSH*1)	2,63
5.	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO*1)	7,54

6.	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,88
7.	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă	7,54
8.	2.6101	Timp Quick și INR*1) (International Normalised Ratio)	14,68
9.	2.6102	APTT	12,30
10.	2.6103	Fibrinogenemie*1)	13,68
		Biochimie - serică și urinară	
11.	2.1002	Proteine totale serice*1)	7,04
12.	2.1003	Electroforeza proteinelor serice*1)	15,20
13.	2.10063	Feritină serică*1)	40,00
14.	2.1011	Uree serică*1)	5,86
15.	2.1012	Acid uric seric*1)	5,86
16.	2.1014	Creatinină serică*1), **)	5,92
17.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,86
18.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,86
19.	2.1020	Glicemie*1)	5,74
20.	2.10303	Colesterol seric total*1)	5,74
21.	2.10304	HDL colesterol*1)	8,19
22.	2.10305	LDL colesterol*1)	7,69
23.	2.10306	Trigliceride serice*1)	7,04
24.	2.10402	TGP*1)	5,86
25.	2.10403	TGO*1)	5,83
26.	2.10404	Creatinkinaza CK*1)	10,00
27.	2.10406	Gama GT*1)	7,99
28.	2.10409	Fosfatază alcalină*1)	7,79
29.	2.10500	Sodiu seric*1)	10,00
30.	2.10501	Potasiu seric*1)	11,00
31.	2.10503	Calciu seric total*1)	5,37
32.	2.10504	Calciu ionic seric*1)	7,88
33.	2.10505	Magneziemie*1)	5,37
34.	2.10506	Sideremie*1)	7,10
35.	2.10507	Fosfor (fosfat seric)*9)	13,00
36.	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	9,34
37.	2.2604	Dozare proteine urinare*1)	5,37
38.	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)*8)	22,00
39.	2.2622	Dozare glucoză urinară*1)	5,37
40.	2.2623	Creatinină urinară*8)	8,00
		Imunologie și imunochimie	
41.	2.2500	TSH*1)	20,50
42.	2.2502	FT4*1)	20,83
43.	2.2507	Parathormonul seric (PTH)	43,00
44.	2.2509	Hormonul foliculostimulant FSH	23,82
45.	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)	23,82
46.	2.2514	Cortizol	27,87
47.	2.2521	Testosteron	30,10
48.	2.2522	Estradiol	23,82
49.	2.2523	Progesteron	25,31
50.	2.2525	Prolactină	25,31
51.	2.327091	Anti-HAV IgM*2)	40,98
52.	2.327092	Ag HBs*1)	31,15
53.	2.327093	Anticorpi Anti HCV*1)	64,90
54.	2.32710	Testare HIV la gravidă*1)	33,29
55.	2.40000	ASLO*1)	11,48
56.	2.40010	VDRL*1) sau RPR*1)	5,49
57.	2.40013	Confirmare TPHA*4)	12,29
58.	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori*1)	40,00
59.	2.430011	Complement seric C3	10,84
60.	2.430012	Complement seric C4	10,84
61.	2.43010	IgG seric	14,77

62.	2.43011	IgA seric	14,77
63.	2.43012	IgM seric	15,10
64.	2.43014	IgE seric	14,29
65.	2.40053	Proteina C reactivă*1)	10,67
66.	2.43040	Factor reumatoid*1)	9,34
67.	2.43044	ATPO	39,00
68.	2.43135	PSA*1)	23,07
69.	2.43136	free PSA*6)	23,61
		Microbiologie	
		Exudat faringian	
70.	2.3025	Examen bacteriologic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
71.	2.50102	Examen fungic exudat faringian - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examen urină	
72.	2.3100	Urocultură*1) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
		Examene materii fecale	
73.	2.3062	Coprocultură*1) - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană	15,29
74.	2.501201	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
75.	2.5100	Examen coproparazitologic*1)	12,46
76.	2.2701	Depistare hemoragii oculte*1)	25,00
		Examene din secreții vaginale	
77.	2.3074	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
78.	2.50114	Examene din secreții vaginale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din secreții uretrale	
79.	2.3080	Examene din secreții uretrale - microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
80.	2.50115	Examene din secreții uretrale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din secreții otice	
81.	2.3050	Examen bacteriologic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
82.	2.50119	Examen fungic din secreții otice - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din secreții nazale	
83.	2.3022	Examen bacteriologic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
84.	2.50103	Examen fungic din secreții nazale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din secreții conjunctivale	
85.	2.3040	Examen bacteriologic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
86.	2.50110	Examen fungic din secreții conjunctivale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Examene din colecție purulentă	
87.	2.5032	Examen bacteriologic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare bacteriană*1)	15,29
88.	2.501202	88. Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică*1)	15,29
		Testarea sensibilității la substanțe antimicrobiene și antifungice	
89.	2.313	Antibiogramă*5)	12,23
90.	2.502	Antifungigramă*5)	14,55
		Examinări histopatologice și-citologice și imunohistochimice	
91.	2.90211	Examen histopatologic procedura completă HE (1 - 3 blocuri)*7)	130
92.	2.90212	Examen histopatologic procedura completă HE (4 - 6 blocuri)*7)	250
93.	2.90101	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (1 - 3 blocuri)*7)	160
94.	2.90102	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale (4 - 6 blocuri)*7)	280
95.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	200 lei/set
96.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii la parafină (1 - 3 blocuri)	100
97.	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau*1)	40
98.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție	80

NOTA 1:

*) Un set cuprinde 1 - 4 teste și se decontează maxim 2 seturi; se efectuează la recomandarea medicilor de specialitate din specialitățile oncologie și hematologie sau fără recomandarea medicului specialist pe răspunderea medicului de pe anatomie patologică atunci când apreciază necesar pentru stabilirea diagnosticului.

**) Laboratoarele înscriu pe buletinele de analiză rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF) prin formula CKD-EPI 2009 la fiecare determinare a creatininei serice, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice că aceasta este evidențiat - management de caz pentru boala cronică de rinichi. În situația în care pe buletinele de analiză ale pacienților cu management de caz, nu este înscrisă rata estimată a filtrării glomerulare (eRGF), investigația nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

*1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie și de medicii cu atestat de îngrijiri paliative care au încheiat contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic.

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie numai pentru gravide și contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, fără recomandarea medicului specialist sau de familie, pe răspunderea medicului de laborator.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din specialitățile clinice, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se decontează numai în cazul în care cultura este pozitivă, fără recomandarea medicului de familie sau de specialitate din specialitățile clinice, pe răspunderea medicului de laborator. Se decontează o antibiogramă /antifungigramă, după caz, pentru fiecare din culturile pozitive identificate.

*6) Se recomandă pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice, de către medicii de specialitate din specialitățile clinice oncologie și hematologie și de către medicii de specialitate urologie pentru diagnosticul diferențial al cancerului de prostată. Această investigație se decontează și fără recomandarea medicului de specialitate din specialitățile clinice, numai pentru valori determinate ale PSA care depășesc 4 nanograme/ml sau 4 micrograme/litru, prin decizia medicului de laborator.

*7) Tariful cuprinde bloc inclus la parafină, secționare, colorare hematoxilin-eozină și diagnostic histopatologic.

*8) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz pentru HTA, dislipidemie, diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) și boală cronică de rinichi, după caz.

*9) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru copiii cu grupa de vârstă 2 - 5 ani inclusiv, în cadrul serviciilor medicale preventive.

NOTA 2: Pentru culturile bacteriene și fungice, prețul include toate etapele diagnosticului: examene microscopice, cultură și identificare.

NOTA 3: Toate examinările histopatologice, citologice și imunohistochimice (cu excepția testelor imunohistochimice) din pachetul de bază din ambulatoriu se efectuează numai pentru probele recoltate în cabinetele de specialitate din ambulatoriu; din piesele recoltate din ambulatoriu pot fi prelevate maxim 6 blocuri.

NOTA 4: Investigațiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la nota 1 de la punctul 1.2.1, respectiv nota 1 de la punctul 1.2.3 de la lit. B din anexa nr. 1 la prezentul ordin, se efectuează pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie; biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice și are completat câmpul corespunzător prevenției.

2. Lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/ medicină nucleară	Tarif decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
	I. Radiologie - Imagistică medicală	
	A. Investigații convenționale	
	1. Investigații cu radiații ionizante	
1.	Examen radiologic cranian standard*1)	18
2.	Examen radiologic cranian în proiecție sinusuri anterioare ale feței*1)	30
3.	Examen radiologic părți schelet în 2 planuri*1)	35
4.	Radiografie de membre*1):	35
	a) Braț	
	b) Cot	
	c) Antebraț	
	d) Pumn	

	e) Mână	
	f) Șold	
	g) Coapsă	
	h) Genunchi	
	i) Gambă	
	j) Gleznă	
	k) Picior	
	l) Calcaneu	
5.	Examen radiologic articulații sacroiliace*1)	35
6.	Examen radiologic centură scapulară*1)	23
7.	Examen radiologic coloană vertebrală/segment*1)	35
8.	Examen radiologic torace ansamblu*1)	32
9.	Examen radiologic torace osos (sau părți) în mai multe planuri/Examen radiologic torace și organe toracice*1)	32
10.	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ*1)	32
11.	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast*1)	56
12.	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileocecală, cu substanță de contrast*1)	82
13.	Examen radiologic colon dublu contrast	100
14.	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	70
15.	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast	220
16.	Cistografie de reflux cu substanță de contrast	250
17.	Pielografie	250
18.	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast	250
19.	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast	250
20.	Examen radiologic uter și oviduct cu substanță de contrast	280
21.	Radiografie retroalveolară	15
22.	Radiografie panoramică	30
23.	Mamografie în două planuri*1) - Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	35
24.	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanță de contrast	200
25.	Osteodensitometrie segmentară (DXA)*1)	25
	2. Investigații neiradiante	
26.	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	60
27.	Ecografie abdomen*1)	40
28.	Ecografie pelvis*1)	30
29.	Ecografie transvaginală/transrectală	50
30.	Ecografie Doppler de vase (vene)	30
31.	Ecografie Doppler de vase (artere)	30
32.	Ecografie ganglionară	30
33.	Ecografie transfontanelară	40
34.	Ecografie de organ/articulație/părți moi*2)	25
35.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II	350
36.	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN	80
37.	Senologie imagistică*1) - Obligatoriu în baza unui bilet de trimitere investigația se efectuează pentru ambii sâni, cu excepția situațiilor în care asigurata are mastectomie unilaterală - Tariful se referă la examinarea pentru un sân	40
38.	Ecocardiografie	40
39.	Ecocardiografie + Doppler	50
40.	Ecocardiografie + Doppler color	55
41.	Ecocardiografie transesofagiană	170
	B. Investigații de înaltă performanță	
42.	CT craniu nativ	120
43.	CT buco-maxilo-facial nativ	150
44.	CT regiune gât nativ	130
45.	CT regiune toracică nativ	175
46.	CT abdomen nativ	175
47.	CT pelvis nativ	175

48.	CT coloană vertebrală nativ/segment	60
49.	CT membre nativ/membru	60
50.	CT mastoidă	150
51.	CT sinusuri	150
52.	CT craniu nativ și cu substanță de contrast	375
53.	CT hipofiză cu substanță de contrast	375
54.	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast	400
55.	CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast	375
56.	CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast	450
57.	CT abdomen nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
58.	CT pelvis nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos	400
59.	CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/segment	400
60.	CT membre nativ și cu substanță de contrast administrată intravenos/membru	180
61.	CT ureche internă	375
62.	Uro CT	400
63.	Angiografie CT membre	400
64.	Angiografie CT craniu	400
65.	Angiografie CT regiune cervicală	400
66.	Angiografie CT torace	400
67.	Angiografie CT abdomen	400
68.	Angiografie CT pelvis	400
69.	Angiocardiorografie CT	700
70.	RMN craniocerebral nativ	450
71.	RMN sinusuri	450
72.	RMN torace nativ	450
73.	RMN gât nativ	450
74.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ	450
75.	RMN abdominal nativ	450
76.	RMN pelvin nativ	450
77.	RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	450
78.	RMN umăr nativ	450
79.	RMN umăr nativ și cu substanță de contrast	700
80.	RMN torace nativ și cu substanță de contrast	700
81.	RMN regiune cervicală nativ și cu substanță de contrast	700
82.	RMN cranio-cerebral nativ și cu substanță de contrast	700
83.	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ și cu substanță de contrast	700
84.	RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	700
85.	RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	700
86.	RMN extrem, nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanță de contrast	700
87.	RMN cord nativ	450
88.	RMN cord nativ și cu substanță de contrast	700
89.	RMN hipofiză cu substanță de contrast	700
90.	Uro RMN cu substanță de contrast	850
91.	Angiografia RMN trunchiuri supraoortice	400
92.	Angiografia RMN artere renale sau aorta	400
93.	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre, etc.)	600
94.	Angiografia carotidiană cu substanță de contrast	400
95.	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN	800
96.	Colangio RMN	300
97.	RMN sâni nativ	450
98.	RMN sâni nativ și cu substanță de contrast	700
	II. Medicină nucleară	
99.	Scintigrafia renală	450
100.	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală - 30/90 min. de la inj.)	450
101.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică efort)	450
102.	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie SPECT perfuzie miocardică repaus)	450
103.	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară	450
104.	Scintigrafia osoasă localizată	450
105.	Scintigrafia osoasă completă	450

106.	Scintigrafia hepatobiliară	450
107.	Scintigrafia tiroidiană	450
108.	Scintigrafia paratiroidiană	450

NOTA 1:

*1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Ecografie de organ - renală poate fi recomandată de medicii de familie numai pentru boala cronică de rinichi, pentru asigurații care au evidențiat pe biletul de trimitere pentru investigații paraclinice management de caz.

NOTA 2: Filmele radiologice și/sau CD-urile conținând imaginile achiziționate, precum și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe biletul de trimitere.

Investigațiile cu substanță de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și în cazul în care utilizarea substanței de contrast a fost specificată în biletul de trimitere și avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigație fără substanță de contrast, urmată din necesitate de o investigație cu substanță de contrast, se decontează numai tariful investigației cu substanță de contrast.

NOTA 4: Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice care își desfășoară activitate în cabinete indiferent de forma lor de organizare, în condițiile în care aceștia au atestatele de studii complementare corespunzătoare specialității, după caz și dotarea necesară:

- a) Serviciul prevăzut la poziția 26 se decontează medicilor de familie și medicilor de specialitate pentru specialități clinice;
- b) Serviciile prevăzute la poziția 27 și 28 se decontează medicilor de specialitate pentru specialități clinice;
- c) Serviciile prevăzute la poziția 29 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică- ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice - prostată și vezică urinară;
- d) Serviciile prevăzute la pozițiile: 38, 39, 40 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie; serviciile prevăzute la poziția 30 și 31 se decontează pentru medicii de specialitate din specialitățile clinice de cardiologie, medicină internă, nefrologie, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară; serviciul prevăzut la poziția 41 se decontează numai pentru medicii de specialitate cardiologie;
- e) Serviciul prevăzut la poziția 32 se decontează medicilor din specialitatea: oncologie, hematologie, endocrinologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, pediatrie și medicină internă;
- f) Serviciile prevăzute la poziția 33 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;
- g) Serviciile prevăzute la poziția 34 (ecografie de organ/de părți moi/de articulație) se decontează numai pentru medicii din specialitățile clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, reumatologie, medicină fizică și de reabilitare;
- h) Serviciile prevăzute la pozițiile 35 și 36 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală;
- i) Serviciile prevăzute la poziția 37 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat de senologie imagistică;

NOTA 5:

- a) Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 2 - 4, 7, 21, 23, 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru indiferent de numărul de incidente recomandate și efectuate, cu excepția serviciilor prevăzute la poz. 2, 3, 4, 7, 21 și 23 pentru care tariful se referă la minim 2 incidente. În cazul explorării mai multor segmente/membre, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;
- b) Pentru serviciul prevăzut la poziția 25 tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/cod unic de asigurare o dată pe an;
- c) În cazul investigațiilor CT și RMN efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora se vor majora cu 20%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 48, 49, 59, 60, 63, 74, 77, 83, 86, 93 la care tariful aferent se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 20% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6: Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraților în următoarele condiții:

- a) Urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 22 la ordin;
- b) Afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice; biletele de trimitere se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere se atașează de către medicul trimițător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la [lit. c\) de la Nota 5](#) copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă biletul de trimitere este însoțit de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI.

NOTA 7: Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 26, respectiv ecografie generală (abdomen + pelvis).

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#), pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medici de familie, respectiv de medici de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la [anexa nr. 1 litera B punctul 1.1, subpunctul 1.1.2](#) respectiv la [anexa nr. 7 litera B pct. 1, subpunctul 1.2](#) la ordin.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, de serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 18

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Articolul 1

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Articolul 2

(1) La stabilirea sumei contractate pentru investigațiile medicale paraclinice prevăzute în [anexa nr. 17](#) la ordin, de către:

- furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară),
- furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),
- furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară),
- furnizorii de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară),

cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

- a)** numărul de investigații paraclinice;
- b)** tarifele pentru analize medicale de laborator/tarifele aferente investigațiilor paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară prevăzute în [anexa nr. 17](#) la ordin.

(2) Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie- imagistică medicală și medicină nucleară, se stabilește de către casa de asigurări de sănătate.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre și pe luni.

(3) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional.

(4) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară.

Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriu de specialitate pentru specialități paraclinice. Pentru investigațiile paraclinice menționate, furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial pe tipuri de investigații aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii nu pot fi contractate cu medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu care au încheiate acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice dacă suma contractată de aceștia este la maximum posibil potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Prin consum mediu lunar se înțelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice - pe tipuri de investigații paraclinice, decontate de casa de asigurări de sănătate.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator rămasă neconsumată este mai mică de 97 lei, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de anatomie patologică contractate, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Dacă valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară rămasă neconsumată este mai mică decât cel mai mic tarif aferent serviciilor de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară contractate, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Prin excepție, pentru trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul

adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în prezentele norme, precum și reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat. Pentru actele adiționale ce au ca obiect serviciile medicale paraclinice efectuate de medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu, se pot contracta sume din fondurile suplimentare numai în situația în care nu se depășește numărul maxim de servicii ce se pot efectua potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

(7) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din [anexele nr. 19 și 20](#) la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Articolul 3

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în [anexa nr. 17](#) la ordin.

Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate pentru investigațiile paraclinice sunt cele prevăzute în [anexa nr. 17](#) la ordin.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografiile furnizorilor de servicii medicale clinice precum și ecografiile generale (abdomen și pelvis) furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, cuprinse în [anexa nr. 17](#) la ordin, în condițiile prevăzute în [anexa nr. 17](#) la ordin, la tarifele prevăzute în aceeași anexă, cu încadrare în valoarea de contract.

Pentru ecografiile generale (abdomen și pelvis) pentru care medicii de familie încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialități medicale clinice încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește corespunzător.

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, inclusiv cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimerii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii cu specialitățile medicale clinice, inclusiv cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, nu poate fi mai mare de 3.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează investigațiile paraclinice - analize de laborator recomandate de medicul de familie urmare a consultațiilor preventive pentru copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, precum și pentru persoanele asimptomatice peste 18 ani, prevăzute la [nota 1 de la punctul 1.2.1](#), respectiv [nota 1 de la punctul 1.2.3 de la litera B din anexa nr. 1](#) la ordin.

Pentru investigațiile paraclinice anterior menționate, furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 4

(1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice este de până la 90 zile calendaristice.

Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării și transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare și data programării, dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice.

Pentru investigații paraclinice - examinări histopatologice, citologice, imunohistochimice și de microbiologie, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoțește proba /probele recoltate și se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examenărilor histopatologice, citologice și imunohistochimice, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.

Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în vederea efectuării unor examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice în regim ambulatoriu, asiguratul declară pe proprie răspundere că la momentul recoltării nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigațiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere își pierde valabilitatea, cu excepția biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu obligația prezentării de către asigurat a biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării.

Investigațiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat, precum și în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigații medicale paraclinice - dacă pe versoul biletului de trimitere nu este consemnată declarația asiguratului prevăzută la [alin. \(1\)](#), cu excepția investigațiilor medicale paraclinice de înaltă performanță, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, și numai dacă se prezintă de către asigurat biletul de externare /scrisoarea medicală din care să rezulte că aceste investigații nu au fost făcute pe perioada internării.

În situația în care casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe propria răspundere consemnată pe versoul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice /imunohistochimice.

În situația în care casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital și declarația pe propria răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice.

(5) Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigațiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigațiilor medicale paraclinice.

Articolul 5

Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță care se întocmește în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea și unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. Biletul de trimitere pentru investigații medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară și are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează.

Articolul 6

Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

Articolul 7

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu întâlniri cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 18A

- model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:

.....

Punct de lucru*1)

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR
MEDICI/
CERCETĂTORI ȘTIINȚIFICI ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării;

B - Data expirării;

C - Nr.;

D - Tip contract;

E - Program de lucru;

F - Cod parafă;

G - Specialitatea/Competența;

H - Specialitatea/Competența*);

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

I - Grad profesional.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI				Certificat membru CMR				Asigurare de răspundere civilă (Contract**)								
			Serie și nr.	Serie	Nr.	A	B	C	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I			

C.T.C.E. Piatra Neamț

** Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Total medici =

**ASISTENȚI MEDICALI DE LABORATOR/
ASISTENȚI DE CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ ÎN ANATOMIE-PATOLOGICĂ**

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării;

B - Data expirării;

C - Program de lucru.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		C
			Serie și nr.	Serie	Nr.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	

Total asistenți =

CHIMIȘTI MEDICALI/CHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru;

B - Cod parafă; chimiști medicali specialiști și principali

C - Grad profesional;

D - Serie;

E - Data eliberării;

F - Data expirării.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	D	Nr.	E	F	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total chimiști =

BIOLOGI MEDICALI/BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru;

B - Cod parafă biologi medicali specialiști și principali

C - Grad profesional;

D - Serie;

E - Data eliberării;

F - Data expirării.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	D	Nr.	E	F	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI MEDICALI/BIOCHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru;

B - Cod parafă; biochimisti medicali specialiști și principali

C - Grad profesional;

D - Serie;

E - Data eliberării;

F - Data expirării.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie și nr.	D	Nr.	E	F	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biochimiști =

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular și pentru farmacist autorizat să lucreze în domeniul medical.

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal:

– Nume și prenume

.....

– semnătura:

.....

Data întocmirii:

.....

Anexa nr. 18B

- model -

Furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară

.....

Punct de lucru*1)

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

PERSONAL MEDICO-SANITAR MEDICI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Cod parafă;

B - Specialitatea/competența;

C - Specialitatea/Competența*;

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

D - Grad profesional;

E - Data eliberării;

F - Data expirării;

G - Valabilă până la;

H - Valoare;

I - Nr. contract;

J - Tip contract.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI		Certificat membru CMR/CMSR		Asigurare de răspundere civilă			Contract**)		Program de lucru	A	B	C	D
			Serie și nr.	E	F	Nr.	G	H	I	J						

C.T.C.E. Piatra Neamț

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Cod parafă (după caz);

B - Tip de activitate**);

**) absolvent colegiu imagistică medicală, bioinginer, fizician

C - Data eliberării;

D - Data expirării.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	A	B
			Serie și nr.	C	D	Nr. contract	Tip contract			

Total operatori =

ASISTENȚI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Specialitatea/Competența;

B - Data eliberării;

C - Data expirării;

D - Valabilă până la;

E - Nr. contract;

F - Tip contract.

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru	A
			Serie și nr.	B	C	Nr.	D	Valoare	E	F			

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
			Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătura

Data întocmirii

Anexa nr. 19

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Capitolul I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1.

a) Sunt autorizați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) Sunt evaluați potrivit dispozițiilor [art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare.

c) Sunt acreditați, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare și cele ale [Legii nr. 185 /2017](#), cu modificările și completările ulterioare.

2.

a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la [litera A, pct. 1 din anexa nr. 17](#) la ordin, cu excepția examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice).

b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice, citologice și imunohistochimice), furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu mențiunea seriei, a anului de fabricație, a capacității de lucru și a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical - cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică. Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată și avizată o structură care efectuează examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoarele/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pentru:

- subcriteriul a) "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice

- subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice.

Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 90.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică [punctul 2.a\)](#) și [punctul 5.](#)

6. Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi și consumabile, certifică respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatele, reactivii și consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Capitolul II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

I. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 50%

2. criteriul de calitate 50%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 50%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme ale acestora, având menționate seriile echipamentelor și nici cele care nu au declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor.

Constatarea, ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDMR), conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis de ANMDMR, conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 12 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.

Aparatele mai vechi de 8 ani, respectiv de 12 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform [H.G. nr. 2139/2004](#) pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicină de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire sau de către un biolog, biochimist sau chimist specialiști cu specializare în hematologie.

a)

– analizor până la 18 parametri inclusiv 10 puncte

– pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte

b)

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) 25 puncte
- pentru viteză mai mare de 60 de teste/ori se adaugă 5 puncte
- pentru mai mult de 22 de parametri se adaugă 5 puncte
- pentru modul flowcitic se adaugă 10 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului, maxim 2 analizoare, dintre cele prevăzute la [pct. 1.1.](#)

1.2. Hemostază:

- a) analizor coagulare semiautomat 10 puncte
- b) analizor de coagulare complet automat 20 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

1.3. Imunohematologie: 2 puncte

1.4. Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)

Aparat automat de citire VSH:

- a) între 1 - 10 poziții 5 puncte
- b) între 11 - 20 poziții 10 puncte
- c) peste 21 poziții 15 puncte

NOTĂ: Se iau în calcul maxim 2 aparate în vederea acordării punctajului.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

Metodă manuală

- identificarea germenilor 10 puncte
- efectuarea antibiogrammei 8 puncte

2.2. Micologie:

Metodă manuală

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor 10 puncte
- efectuarea antifungigramei 8 puncte

2.3. Analizoare microbiologie (bacteriologie + micologie)

- analizor automat de microbiologie 40 puncte
- analizor automat de microbiologie cu spectrometrie de masă 60 puncte

MALDI-Tof, pentru identificarea rapidă a germenilor patogeni

Se consideră analizor automat de microbiologie echipamentul care efectuează atât identificarea bacteriilor sau fungilor cât și antibiograma sau antifungigrama în mod automat. Densitometrul (nefelometru) destinat măsurării turbidității suspensiilor bacteriene cât și galeriile de identificare a bacteriilor nu sunt analizoare automate de bacteriologie.

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate.

2.4. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu 2 puncte

3. Biochimie serică și urinară:

a) Analizoare pentru biochimie:

- a1 analizor semiautomat 10 puncte
- a2 analizor de ioni semiautomat 15 puncte
- a3 - analizor automat biochimie 30 puncte
- a3.1** pentru determinări prin turbidimetrie se adaugă 10 puncte
- a3.2** pentru modul ioni se adaugă 15 puncte
- a3.3** pentru viteza aparatului se adaugă 0,06 puncte/probă/oră

Se pot puncta maxim 4 aparate indiferent de tip (automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la litera a1, a2 și a3

b) Analizoare pentru electroforeză

- b1 analizor semiautomat 10 puncte
- b2 analizor automat 30 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la [litera b\)](#)

c) Analizoare pentru examen de urină:

- c1 - analizor semiautomat 5 puncte
- c2 - analizor automat 20 puncte

Se iau în calcul în vederea acordării punctajului maxim 2 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat) dintre cele prevăzute la [litera c\)](#)

4. Imunologie și imunochimie:

4.1. Serologie: 2 puncte

4.2. Metoda ELISA

a1 - sistem semiautomatizat Elisa 15 puncte

a2 - sistem automatizat Elisa cu:

- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan se adaugă 5 puncte
- 4 microplăci simultan se adaugă 10 puncte
- 6 microplăci simultan se adaugă 15 puncte

4.3. Sisteme speciale

b1 - sisteme speciale semiautomate: 25 puncte

b2 - sisteme speciale automate: 50 puncte

- În funcție de capacitatea de lucru a aparatului prevăzut la punctul b2), pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,6 puncte. Viteza se ia în calcul o singură dată indiferent de numărul de metode al aparatului.
- În cazul analizărilor de la punctul b2 cu mai multe metode de lucru, pentru fiecare metodă de lucru în plus, se adaugă câte 20 puncte.

NOTĂ: Sistemul automat de imunologie este considerat sistemul care își pipetează singur și în mod automat volumul necesar de lucru atât din proba biologică cât și din reactiv. În fișele tehnice ale sistemelor speciale de imunologie trebuie să fie specificat clar că toate etapele de lucru se efectuează automat. În caz contrar sistemul va fi considerat semiautomat.

Se punctează maxim 4 aparate (indiferent de tip, automat sau semiautomat și indiferent de metoda de lucru - ELISA sau sistem special).

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe următoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescență (Test Imunologie pe bază de Chemiluminescență)
- ECLIA - Electrochemiluminescență (Test Imunologie pe bază de Electrochemiluminescență)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologică Enzimatică; Metoda Imunologică Enzimatică pe bază de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologică prin Fluorescență de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiată)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay (Test Imunologie de Chemiluminescență pe bază de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologică Enzimatică Dublă)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologică pe bază de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologie pe bază de Imunofluorescență)
- ELFA cu detecție în fluorescență - Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescență
- TRACE - Emisie amplificată de europium

5. Citologie

Microscop optic cu examinare în lumină polarizată/UV 6 puncte

Microscop optic fără examinare în lumină polarizată/UV 4 puncte

6. Histopatologie

- Sistem automat de prelucrare a probelor 40 puncte

(de la probă până la bloc de parafină)

- Sistem de colorare automată a lamelor 15 puncte

- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat

fără vacuum 5 puncte

- Procesor de țesuturi - histoprocessor automat cu vacuum 6 puncte

- Aparat colorație automatizată histochimică 5 puncte

- Aparat colorație automatizată imunohistochimie 7 puncte

- microtom parafină 5 puncte

- criotom 7 puncte

- termostat pentru parafină 1 punct

- platină sau baie termostată 1 punct

- balanță analitică 1 punct

- pH-metru 1 punct

- masă absorbantă pentru vapori toxici 1 punct

- baterie colorare manuală hematoxilină - eozină 1 punct

- baterie manuală pentru imunohistochimie 1 punct

NOTĂ: referitor la resursele tehnice nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin o persoană cu studii superioare de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală.

B. Logistică:

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

- direct medicului 3 puncte
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet 4 puncte

2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date 10 puncte;

3. website - care să conțină minimum următoarele informații:

- a - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte/punct
- b - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului 5 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3b se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Punctajele se aplică în mod corespunzător și laboratoarelor de anatomie-patologică.

C. Subcriteriul resurse umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

1. medic primar de specialitate 40 puncte;
2. medic specialist 30 puncte;
3. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, principali 25 puncte;
4. chimiști medicali, biologi medicali, biochimiști medicali, specialiști 20 puncte;
5. chimiști, biologi, biochimiști 15 puncte;
6. farmacist cu drept de liberă practică 15 puncte;
7. asistenți medicali de laborator cu studii superioare 10 puncte;
8. asistenți medicali de laborator fără studii superioare 8 puncte;
9. cercetător științific CP 1 și CP 2 în anatomie-patologică 40 puncte;
10. cercetător științific CP 3 și CS în anatomie-patologică 30 puncte;
11. asistenți de cercetare științifică în anatomie-patologică 25 puncte;

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență", în conformitate cu standardul SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie serică și urinară, Hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală de Imunologie și imunochimie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare analiză medicală de microbiologie prevăzută în [anexa nr. 17](#) la ordin și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

NOTĂ:

Fiecare cod de investigație din lista analizelor de laborator prevăzută în [anexa nr. 17](#) la ordin reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulți parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în [anexa nr. 17](#) la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie și imunochimie prevăzută în [anexa nr. 17](#) la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; la un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie și din celelalte domenii, altele decât cele menționate la [lit. b1\)](#) și [b2\)](#) pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

NOTĂ:

1. Schemele de intercomparare laboratoare trebuie să fie notificate de Ministerul Sănătății, iar punctajul se acordă doar pentru numărul de participări specificate în notificarea furnizorului de scheme de intercomparare emisă de Ministerul Sănătății.

2. La stabilirea punctajului se iau în calcul participările din anul calendaristic anterior. O participare se definește ca un singur raport de evaluare pentru fiecare material de control extern al calității. Mai multe rapoarte de evaluare pentru același material de control extern al calității se punctează drept o singură participare.

3. Actele doveditoare pentru participarea la scheme de testare a competenței de cel puțin 4 ori în anul 2020: pe format de hârtie - centralizator emis de organizatorii schemelor de testare a competenței pentru toți analiții la care laboratorul a participat în anul anterior, facturi emise de organizatorii schemelor de testare a competenței și dovezi ale plăților efectuate și în format electronic - rapoartele de evaluare emise de organizatorul schemei de testare a competenței, care să conțină indicii statistici specifici laboratorului.

4. Actele doveditoare pentru participarea de cel puțin 4 ori/an la scheme de testare a competenței în anul 2021: contracte cu organizatorii schemelor de testare a competenței și anexe din care să reiasă tipul analizelor și frecvența cu care vor participa la schemele de testare a competenței.

Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori /an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator, stabilit în condițiile [art. 2 alin. \(1\) din anexa nr. 18](#) la ordin se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 50% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 50% pentru subcriteriul "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" și 50% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la [lit. A](#) la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform [lit. B](#).

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la [lit. A](#) se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform [lit. D](#).

F. Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru analize medicale de laborator și pentru anatomie patologică se stabilește de casa de asigurări de sănătate. Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător.

Anexa nr. 20

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice
de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară,
repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale
paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară

Capitolul I

Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1.

a) Sunt autorizați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) Sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare și cele ale [Legii nr. 185/2017](#), cu modificările și completările ulterioare.

2. Fac dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie - imagistică medicală și/sau medicină nucleară din Lista de investigații paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară /punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, astfel:

a. Laborator de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie;

c. Ecografia Doppler de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, nefrologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară;

d. Ecocardiografia, Ecocardiografia + Doppler, Ecocardiografia + Doppler color efectuate ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, neurologie;

e. Ecocardiografia transesofagiană ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialitate cardiologie;

f. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;

g. Ecografia de pelvis și de abdomen efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice;

h. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară;

i. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul II efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

j. Ecografia obstetricală anomalii trimestrul I cu TN efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia transvaginală/transrectală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, respectiv specialitatea urologie și numai pentru afecțiuni urologice - prostată și vezică urinară;

l. Ecografie de organ/de părți moi/de articulație, ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase, ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică; reumatologie, medicină fizică și reabilitare, urologie, medicină internă;

m. Senologia imagistică ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici din specialitățile clinice: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie dacă au atestat/competență de senologie imagistică;

n. Ecografia ganglionară ca prestație independentă în cabinete medicale de către medici de specialități clinice de oncologie, hematologie, chirurgie generală, chirurgie orală și maxilo-facială, endocrinologie, pediatrie și medicină internă.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor; medicii trebuie să aibă competențe /supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității, după caz.

3. Să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri - pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sâmbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001 /2008 sau SR EN ISO 9001/2015 sau un alt standard adoptat în România, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

Capitolul II

Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ

l. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie și- imagistică medicală și medicină nucleară și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie și- imagistică medicală și medicină nucleară se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 90%

2. criteriul de disponibilitate 10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 90%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora. Pentru aparatele de radiologie, seria și numărul aparatului sunt cele din autorizația emisă de CNCAN.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și nici declarații de conformitate CE pentru tipul aparatului.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor [Hotărârii Guvernului nr. 140/2018](#), și ale prezentului ordin și într-un program de lucru distinct. În această situație, pentru fiecare furnizor, echipamentele deținute/utilizate în comun se punctează proporțional, funcție de programul în care este utilizat aparatul, fără a se depăși punctajul pentru tipul respectiv de aparat.

f) Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România sau autorizat de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garanție pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligați să prezinte contractul de service anterior expirării perioadei de garanție.

g) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică, emise de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

h) Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Aparatele mai vechi de 15 ani calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării) pentru care s-a aplicat un nou marcaj CE, prezentându-se o declarație de conformitate în acest sens pentru seria respectivă emisă de producător, nu se punctează. Punctajul total pentru fiecare aparat, conform celor de mai jos, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 9 ani; pentru aparatele cu o vechime de peste 9 ani dar nu mai mult de 15 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbisării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 15%.

Aparatele mai vechi de 9 ani, respectiv de 15 ani, reprezintă limita minimă și limita maximă prevăzute pentru durata normală de funcționare conform [H.G. nr. 2139/2004](#) pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe, cu modificările ulterioare.

Punctajul pentru fiecare aparat se acordă după cum urmează:

a)

1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical;

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical. Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

– tipul de achiziție

– parțial digitalizat (plăci fosforice) 15 puncte;

– direct digital 30 puncte;

– opțiuni:

– stepping periferic 5 puncte;

– cuantificarea stenozelor 5 puncte;

– optimizarea densității 5 puncte;

– trendelenburg 3 puncte;

– afișare colimatori fără radiație 3 puncte;

– stand vertical 3 puncte;

– 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

– tipul de achiziție:

– parțial digital 15 puncte;

– digital 30 puncte;

– dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;

– facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

– mod de lucru al unității de bază:

- M: 1 punct;
- Doppler color: 2 puncte;
- Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
- Doppler pulsat: 1 punct;
- triplex: 0.5 puncte;
- achiziție imagine panoramică: 1 punct;
- achiziție imagine panoramică cu Doppler color: .. 1 punct;
- achiziție imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
- modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibil PC) pentru fiecare opțiune se adaugă 1 punct;
- printer alb-negru/color 1 punct;

Notă: se ia în calcul 1 aparat pe medic în vedere acordării punctajului.

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:
- 2 - 8 secțiuni 25 puncte;
- 16 - 32 secțiuni 40 puncte;
- peste 32 secțiuni 70 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:
- 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;

sau

- < 0,5 secunde: 20 puncte;
- aplicații software*) instalate pe computerul tomograf:

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- Circulație - minim 64 slice 2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - minim 16 slice 2 puncte;
- perfuzie - minim 64 slice 2 puncte;
- colonoscopie - minim 64 slice 2 puncte;
- angiografie cu substracție de os - minim 16 slice .. 2 puncte;
- dental - 2 slice 2 puncte;
- sistem pentru justificarea și optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte;
- accesorii - printer - digital 5 puncte;
- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- stație de post procesare și software aferent*): ... 20 puncte;

*) se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu câmp magnetic de 1 T și peste 1 T.

– se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică cu câmp magnetic sub 1 T;
Punctajul se acordă pentru aparatele RMN în vederea efectuării investigațiilor la nivelul următoarelor segmente: cap, coloană vertebrală, gât, sistem musculo-scheletal - extremități;

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

1. - pentru fiecare tip de antenă instalată*) se adaugă: 20 puncte;

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

2. Aplicații software*) instalate pe RMN

*) se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

- Post-procesare 3D - prelucrarea achizițiilor în 3D: 10 puncte
- Tractografie - vizualizarea tacturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte

- Perfuzie - cuantificarea permeabilității tumorale în funcție de modelul farmacocinetic al substanței de contrast pentru patologia cerebrală și a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fără substanță de contrast - permite vizualizarea neinvazivă a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzătoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac - evaluarea viabilității, perfuziei și dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp în totalitate - scanarea întregului corp într-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp în totalitate - permite vizualizarea sistemului vascular a întregului corp de la arcul aortic până la degetele de la picioare: 10 puncte
- Spectroscopie 10 puncte

3. Accesorii

- Printer
- digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Stație de post procesare și software aferent*) 20 puncte.

*) se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului (alta decât stația de vizualizare)

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- Cu 1 detector 5 puncte
- Cu 2 detectori 15 puncte
- Accesorii:
- Printer digital 5 puncte
- Injector automat 15 puncte
- Stație de post procesare și software aferent alta decât stația de vizualizare 20 puncte

j) osteodensitometrie segmentară (DXA) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- dezvoltator automat umed 3 puncte;
- dezvoltator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- dezvoltare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 20 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 2: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 3: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare /puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru cabinetele medicale din asistența medicală primară și cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, care încheie acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, punctajul acordat pentru aparatele cu care se efectuează investigațiile paraclinice se ajustează proporțional cu programul de lucru contractat pentru aceste servicii.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
- medic specialist radiologie - imagistică medicală, 30 puncte;
- medic primar radiologie - imagistică medicală: 40 puncte;
- medic specialist medicină nucleară: 30 puncte;
- medic primar medicină nucleară: 40 puncte;
- medic specialist anestezist 10 puncte;

- medic primar anesteziat 15 puncte;
 - medic specialist medicina de urgență 10 puncte;
 - medic primar medicina de urgență 15 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani 10 puncte;
 - medic cu competență/supraspecializare/atestat 15 puncte;
- de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: (punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografiile în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)
- medic dentist/medic stomatolog 13 puncte;
 - medic dentist/ medic stomatolog specialist 15 puncte;
 - medic dentist/ medic stomatolog primar 20 puncte;
- (punctajul se acordă pentru medicii dentiști/medicii stomatologi care efectuează radiografii dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)
- operatori:
 - absolvent colegiu imagistică medicală 11 puncte;
 - bioinginer: 13 puncte;
 - fizician: 13 puncte;
 - asistenți medicali:
 - de radiologie cu studii superioare 10 puncte;
 - de radiologie fără studii superioare 8 puncte;
 - asistenți generaliști pentru Eco + ATI 7 puncte;
 - personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 9 puncte.

NOTĂ: Punctajul se acordă pentru fiecare personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă legală, cu normă întreagă, iar pentru fracțiuni de normă se acordă punctaj direct proporțional cu fracțiunea de normă lucrată.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul/codul unic de asigurare al pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru - transmitere de date 10 puncte;

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

c1 - datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări 2 puncte/punct de lucru.

c2 - chestionar de satisfacție a pacienților (cu obligația actualizării semestriale a rezultatelor și afișarea pe site-ul furnizorului) 5 puncte.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c.2 se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, de luni până vineri, se acordă 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se acordă 60 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru. Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

- A.** Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:
 - a)** 90% pentru criteriul de evaluare;
 - b)** 10% criteriul de disponibilitate.
- B.** Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor.
- C.** Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.
- D.** Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 2 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.
- E.** Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor două sume stabilite conform lit. D.
- F.** Repartizarea fondului alocat pentru servicii medicale paraclinice, pe tipuri, respectiv pentru investigații de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară se stabilește de casa de asigurări de sănătate.
- G.** În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. b) se repartizează la criteriul prevăzut la lit. A lit. a).

Anexa nr. 21

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ... județul /sectorul, telefon/fax, adresă e-mail, reprezentată prin Director general

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

– laboratorul individual, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix /mobil având sediul în municipiul/orașul adresă e-mail fax reprezentat prin medicul titular

– laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin medicul delegat

– societatea civilă medicală având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentată prin

Laboratorul din Centrul de sănătate multifuncțional - unitate fără personalitate juridică și Laboratoare din structura spitalului, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical/Centrul de sănătate multifuncțional - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, telefon fix/mobil adresă e-mail fax

reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, conform Hotărârii Guvernului nr. pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

Articolul 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .../.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**, în următoarele specialități:

- a)
- b)
- c)

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Cod numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

- b)** să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), în limita valorii de contract;
- c)** să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- e)** să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- f)** să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
- g)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
- h)** să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
- i)** să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- j)** să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- k)** să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialitățile clinice care au încheiat acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);
- l)** să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);
- m)** să deconteze investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;
- n)** să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;
- o)** să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- p)** să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile

legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigații medicale paraclinice, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute contract, după caz.

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

Articolul 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

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

j) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

k) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor

medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

l) să respecte prevederile [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010](#) privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

m) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

n) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/29 aprilie 2004](#), furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Furnizorul efectuează investigații paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat;

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

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

q) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SREN ISO 15189;

r) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare sunt prevăzute în [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

s) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fise de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

ș) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal declarat și prevăzut în contract în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul /punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzut în contract pentru fiecare laborator de anatomie patologică /laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);

t) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

u) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

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

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

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

y) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

z) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

aa) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ab) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească

efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

ac) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. aa) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei la tarifele prevăzute în anexa 17 și în condițiile prevăzute în anexa nr. 18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

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

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractului.

Tarifele contractate nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

Suma anuală contractată, distinct pe tipuri de investigații paraclinice, respectiv: analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală, este de lei,

din care:

– Suma aferentă trimestrului Ilei,

din care:

– luna Ilei

– luna IIlei

– luna IIIlei

– Suma aferentă trimestrului IIlei,

din care:

– luna IVlei

– luna Vlei

– luna VIlei

– Suma aferentă trimestrului IIIlei,

din care:

– luna VIIlei

– luna VIIIlei

– luna IXlei

– Suma aferentă trimestrului IVlei,

din care:

– luna Xlei

– luna XIlei

– luna XIIlei.

Suma contractată pe an se defalcă pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

Articolul 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative care se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 10

Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

Articolul 12

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 13

Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de suspendare reziliere și încetare a contractului

Articolul 14

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\), c\), f\), h\), i\), k\) - m\), o\)-q\), w\), x\)](#), [ad](#) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7 lit. n\)](#) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. e\), j\) și z\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(4\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

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

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(4\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

Articolul 15

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), k) și l) din anexa nr. 2 la H.G. nr. ... cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora-pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. k) și l);

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

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

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

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

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului;

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - f\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - f\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. g\)](#) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată pînă la data suspendării.

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării/ a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisurii în procesul de acreditare a furnizorului;

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

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

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 14 alin. \(1\) - \(4\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la [art. 14 alin. \(1\)](#) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la [art. 14 alin. \(1\)](#) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la [art. 7 lit. ș\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 72 alin. \(8\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#) și a celor prevăzute la [art. 7 lit. r\), t\) - v\)](#);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la [art. 7 lit. s\)](#);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele /punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de reziliere a contractelor prevăzute la [alin. \(1\) lit. f\)](#), [lit. g\)](#) și [lit. k\)](#) pentru nerespectarea prevederilor de la [art. 7 lit. e\)](#) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de

reziliere prevăzute la [alin. \(1\)](#) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 17

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

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 15 alin. \(1\) lit. a](#) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

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

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile [alin. \(3\)](#) și [\(4\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(4\)](#), în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile [alin. \(3\) - \(5\)](#), se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru, după caz.

Articolul 18

(1) Situațiile prevăzute la [art. 16](#) și la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) - a5\)](#) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul laboratorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 21

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

Articolul 22

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte ... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PRACLINICE
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al Direcției Economice,	
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

Anexa nr. 22

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI DE BAZĂ DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Capitolul I

Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în regim de spitalizare continuă:

1. Spitalizarea continuă are o durată de peste 12 ore.

2. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

a) naștere;

b) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;

c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;

d) bolnavi aflați sub incidența art. 109,110,124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

e) afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

3. Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) severitatea semnelor și simptomelor prezentate de pacient;
- b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;
- c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;
- d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celelalte domenii de asistență medicală.

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

5. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament și monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu și în spitalizarea de zi, după caz.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi:

1. Spitalizarea de zi are o durată de maxim 12 ore/vizită (zi).

2. Criteriile de internare în spitalizare de zi sunt:

- a) urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în prezentele norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
- b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.

B.1. Lista afecțiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat medical corespunzătoare:

Nr. Crt.	C o d diagnostic	Denumire afecțiune (diagnostic)	Tarif pe caz rezolvat medical - lei -
1.	A04.9	Infecția intestinală bacteriană, nespecificată	304,46
2.	A08.4	Infecția intestinală virală, nespecificată	241,74
3.	A09	Diareea și gastro-enterita probabil infecțioase	255,40
4.	A49.9	Infecția bacteriană, nespecificată	304,46
5.	D17.1	Tumora lipomatoasă benignă a pielii și a țesutului subcutanat al trunchiului	225,87
6.	D50.0	Anemia prin carență de fier secundară unei pierderi de sânge (cronică)	335,03
7.	D50.8	Alte anemii prin carență de fier	532,02
8.	D50.9	Anemia prin carență de fier, nespecificată	340,34
9.	E04.2	Gușa multinodulară netoxică	340,34
10.	E06.3	Tiroidita autoimună	316,99
11.	E10.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 1 cu control slab	303,12
12.	E10.71	Diabet mellitus tip 1 cu complicatii microvasculare multiple	378,90
13.	E11.65	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 cu control slab	341,86
14.	E11.71	Diabet mellitus tip 2 cu complicatii microvasculare multiple	427,32
15.	E11.9	Diabet mellitus (zaharat) tip 2 fără complicații	305,81
16.	E13.65	Alte forme specificate de diabet mellitus cu control slab	427,32
17.	E44.0	Malnutriția proteino-energetică moderată	362,46
18.	E44.1	Malnutriția proteino-energetică ușoară	362,46
19.	E66.0	Obezitate datorită unui exces caloric	305,19
20.	E78.2	Hiperlipidemie mixta	381,48
21.	E89.0	Hipotiroidism postprocedural	328,89
22.	F41.2	Tulburare anxioasă și depresivă mixtă	297,53
23.	F50.9	Tulburare de apetit, nespecificată	297,53
24.	G45.0	Sindrom vertebro-bazilar	227,98
25.	I20.8	Alte forme de angină pectorală (* fără coronarografie)	273,62
26.	I25.11	Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native	322,40
27.	I25.9	Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată, fără coronarografie	302,74

28.	I34.0	Insuficiența mitrală (valva) (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	379,67
29.	I35.0	Stenoza (valva) aortică (* fără indicație de intervenție chirurgicală)	400,68
30.	I35.1	Insuficiență (valva) aortică (* fără coronarografie; fără indicație de intervenție chirurgicală)	381,12
31.	I67.2	Ateroscleroza cerebrală	322,40
32.	I67.8	Alte boli cerebrovasculare, specificate	322,40
33.	I83.9	Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație	383,92
34.	J00	Rino-faringita acută [guturaiul comun] (* pentru copii 0 - 5 ani)	167,15
35.	J02.9	Faringita acută, nespecificată (* pentru copii 0 - 5 ani)	163,63
36.	J03.9	Amigdalita acută, nespecificată	165,12
37.	J06.8	Alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare cu localizări multiple	171,71
38.	J06.9	Infecții acute ale căilor respiratorii superioare, nespecificate	163,56
39.	J12.9	Pneumonia virală, nespecificată	372,77
40.	J15.8	Alte pneumonii bacteriene	398,65
41.	J18.1	Pneumonia lobară, nespecificată	402,62
42.	J18.8	Alte pneumonii, cu micro-organisme nespecificate	375,98
43.	J18.9	Pneumonie, nespecificată	417,73
44.	J20.9	Bronșita acută, nespecificată	168,46
45.	J44.0	Boala pulmonară obstructivă cronică cu infecție acută a căilor respiratorii inferioare	375,74
46.	J44.1	Boala pulmonară obstructivă cronică cu exacerbare acută, nespecificată	370,60
47.	J44.9	Boala pulmonară obstructivă cronică, nespecificată	360,39
48.	J45.0	Astmul cu predominanță alergică	177,30
49.	J47	Bronșiectazia	355,11
50.	J84.8	Alte boli pulmonare interstițiale specificate	380,09
51.	J84.9	Boala pulmonară interstițială, nespecificată	381,74
52.	K21.0	Boala refluxului gastro-esofagian cu esofagită	307,15
53.	K21.9	Boala refluxului gastro-esofagian fără esofagită	230,01
54.	K26.3	Ulcerul duodenal, acut fără hemoragie sau perforație, diagnosticat anterior	200,82
55.	K29.1	Alte gastrite acute	311,60
56.	K29.5	Gastrita cronică, nespecificată	313,43
57.	K29.9	Gastro-duodenita, nespecificată	216,25
58.	K30	Dispepsia	180,12
59.	K52.9	Gastroenterita și colita neinfecțioase, nespecificate	241,02
60.	K58.0	Sindromul intestinului iritabil cu diaree	322,47
61.	K58.9	Sindromul intestinului iritabil fără diaree	309,88
62.	K70.1	Hepatita alcoolică	271,45
63.	K73.2	Hepatita activă cronică, neclasificată altundeva	405,55
64.	K75.2	Hepatita reactivă nespecifică	474,96
65.	K76.0	Degenerescența grăsoasă a ficatului, neclasificată altundeva	397,10
66.	K81.1	Colecistita cronică	339,14
67.	K81.8	Alte colecistite	290,90
68.	K82.8	Alte boli specificate ale vezicii biliare	263,17
69.	K86.9	Boala pancreasului nespecificată	250,00
70.	K91.1	Sindroame după chirurgia gastrică	285,59
71.	L40.0	Psoriazis vulgaris	316,09
72.	L50.0	Urticaria alergică (fără Edem Quinke)	204,48
73.	L60.0	Unghia încarnată	297,32
74.	M16.9	Coxartroza, nespecificată	196,79
75.	M17.9	Gonartroza, nespecificată	202,45
76.	M51.2	Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat, fără indicație operatorie	313,33
77.	M54.4	Lumbago cu sciatică-	347,28
78.	M54.5	Dorsalgie joasă-	378,19
79.	N30.0	Cistita acută	221,39
80.	N39.0	Infecția tractului urinar, cu localizare nespecificată	213,11
81.	N47	Hipertrofia prepuțului, fimoza, parafimoza	229,22
82.	N73.9	Boala inflamatorie pelviană feminină, nespecificată	138,35
83.	N92.0	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual regulat	332,24
84.	N92.1	Menstruație excesivă și frecventă cu ciclu menstrual neregulat	233,25
85.	N92.4	Sângerări excesive în perioada de premenopauză	323,27

86.	N93.8	Alte sângerări anormale specificate ale uterului și vaginului	389,85
87.	N95.0	Sângerări postmenopauză	311,36
88.	O02.1	Avort fals	97,77
89.	O03.4	Avort spontan incomplet, fără complicații	98,84
90.	O12.0	Edem gestațional	198,65
91.	O21.0	Hiperemeza gravidică ușoară	125,86
92.	O23.1	Infecțiile vezicii urinare în sarcină	127,48
93.	O34.2	Îngrijiri acordate mamei pentru cicatrice uterină datorită unei intervenții chirurgicale anterioare	464,82
94.	R10.4	Altă durere abdominală și nespecificată	134,41
95.	R59.0	Ganglioni limfatici măriți localizați	512,98
96.	S61.0	Plagă deschisă a degetului (degetelor) fără vătămarea unghiei	246,68
97.	S61.88	Plagă deschisă a altor părți ale pumnului și mâinii	245,74
98.	Z46.6	Amplasarea și ajustarea unei proteze urinare	127,48
99.	Z50.9	Îngrijiri implicând o procedură de reabilitare, nespecificată	331,17
100.	Z51.88	Alte îngrijiri medicale specificate	331,17
101.	I25.5	Cardiomiopatie ischemică	273,62
102.	I70.21	Ateroscleroza arterelor extremităților cu claudicație intermitentă	273,62
103.	I80.3	Flebita și tromboflebita extremităților inferioare, nespecificată	383,92
104.	R60.0	Edem localizat	198,65
105.	I83.0	Vene varicoase cu ulcerare ale extremităților inferioare	383,92
106.	I87.2	Insuficiența venoasă (cronică) (periferică)	383,92
107.	A69.2	Boala Lyme (* diagnostic și tratament)	626,03

*) această specificare nu face parte din denumirea diagnosticului, ci semnifică faptul că respectivul tip de caz poate fi rezolvat în spitalizare de zi cu condiția îndeplinirii criteriului din paranteză.

B.2. Lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală - în spitalizare de zi și tarifele pe caz rezolvat corespunzătoare:

Nr. Crt.	Denumire caz rezolvat cu procedură chirurgicală	C o d Procedură	Denumire procedură chirurgicală	Tarif pe caz rezolvat cu procedură chirurgicală - lei -
1	Miringotomia cu inserția de tub	D01003	Miringotomia cu inserție de tub, unilateral	283,18
2	Miringotomia cu inserția de tub	D01004	Miringotomia cu inserție de tub, bilateral	283,18
3	Amigdalectomie	E04301	Tonsilectomia fără adenoidectomie	589,67
4	Amigdalectomie	E04302	Tonsilectomia cu adenoidectomie	589,67
5	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramideinazale după un traumatism recent)	P07001	Rinoplastie implicând corecția cartilajului	742,92
6	Rinoplastie posttraumatică(reducerea și imobilizarea fracturilor piramideinazale după un traumatism recent)	P07002	Rinoplastia implicând corectarea conturului osos	742,92
7	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07003	Rinoplastie totală	742,92
8	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07004	Rinoplastie folosind grefa cartilaginoasă septală sau nazală	742,92
9	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07005	Rinoplastie folosind greafă de os nazal	742,92
10	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07006	Rinoplastie cu greafă de os nazal și cartilaj septal /nazal	742,92
11	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07007	Rinoplastie folosind grefa de cartilaj de la zona donatoare de la distanță	742,92
12	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07008	Rinoplastia folosind grefa osoasă din zona donatoare de la distanță	742,92
13	Rinoplastie posttraumatică (reducerea și imobilizarea fracturilor piramidei nazale după un traumatism recent)	P07009	Rinoplastia folosind os și cartilaj ca greafă de la zona donatoare de la distanță	742,92
14	Bronhmediastino - scopie	G02401	Bronhoscoopia	629,69
15	Bronhmediastino - scopie	G02403	Fibrobronhoscoopia	629,69
16	Biopsia pleurei	G03103	Biopsia pleurei	538,48

17	Biopsie ganglioni laterocervicali și supraclaviculari	I00601	Biopsie de ganglion limfatic	416,26
18	Puncție biopsie transparietală cu ac pentru formațiuni tumorale pulmonare	G03102	Biopsia percutanată (cu ac) a plămânului	696,26
19	Implantare cateter pleural	G04103	Insertia catetetrului intercostal pentru drenaj	653,15
20	Adenoidectomie	E04303	Adenoidectomia fără tonsilectomie	589,67
21	Extracția de corpi străini prin bronhoscopie	G02502	Bronhoscopia cu extracția unui corp străin	526,19
22	Strabismul adultului	C05702	Proceduri pentru strabism implicând 1 sau 2 mușchi, un ochi	246,93
23	Pterigion cu plastie	C01302	Excizia pterigionului	246,93
24	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08003	Corecția ectropionului sau entropionului prin strângerea sau scurtarea retractoarelor inferioare	246,93
25	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08004	corecția ectropionului sau entropionului prin alte corecții ale retractoarelor inferioare	246,93
26	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08005	corecția ectropion-ului sau entropion-ului prin tehnici de sutură	246,93
27	Refacerea stăcii palpebrare (entropion, ectropion, lagoftalmie) ptoză palpebrală	C08006	corecția ectropion-ului sau entropion-ului cu rezecție largă	246,93
28	Extracția dentară chirurgicală	F00801	Extracție dentară sau a unor părți de dinte	283,18
29	Extracția dentară chirurgicală	F00802	Extracție dentară cu separare	283,18
30	Extracția dentară chirurgicală	F00901	Îndepărtare chirurgicală a unui dinte erupt	283,18
31	Extracția dentară chirurgicală	F00902	Îndepărtare chirurgicală a 2 sau mai mulți dinți erupți	283,18
32	Extracția dentară chirurgicală	F00903	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, fără îndepărtare de os sau separare	283,18
33	Extracția dentară chirurgicală	F00904	Îndepărtarea chirurgicală a unui dinte inclus sau parțial erupt, cu îndepărtare de os sau separare	283,18
34	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02601	Dilatarea și chiuretajul uterin [D&C]	390,76
35	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02602	Chiuretajul uterin fără dilatare	390,76
36	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02801	Dilatarea și curetajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	219,55
37	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M02802	Curetajul aspirativ al cavității uterine	219,55
38	Excizie polip cervical, dilatația și chiuretajul uterului	M03702	Polipectomia la nivelul colului uterin	390,76
39	Reparația cisto și rectocelului	M04402	Corecția chirurgicală a rectocelului	480,31
40	Reparația cisto și rectocelului	M04403	Corecția chirurgicală a cistocelului și rectocelului	480,31
41	Artroscopia genunchiului	013205	Artroscopia genunchiului	439,53
42	Operația artroscopică a meniscului	013404	Menissectomie artroscopică a genunchiului	371,57
43	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	018104	Îndepărtarea de broșă, șurub sau fir metalic, neclasificată în altă parte	492,38
44	Îndepărtarea materialului de osteosinteză	018106	Îndepărtarea de placă, tijă sau cui, neclasificată în altă parte	492,38
45	Reparația diformității piciorului	020404	Corecția diformității osoase	1.421,61
46	Eliberarea tunelului carpian	A07402	Decompresia endoscopică a tunelului carpian	674,75
47	Eliberarea tunelului carpian	A07403	Decompresia tunelului carpian	674,75
48	Excizia chistului Baker	013601	Excizia chistului Baker	682,96
49	Rezolvarea contracturii Dupuytren	007302	Fasciotomia subcutanată pentru maladia Dupuytren	674,75
50	Rezolvarea contracturii Dupuytren	008001	Fasciectomia palmară pentru contractura Dupuytren	674,75
51	Repararea ligamentului încrucișat	015303	Reconstrucția artroscopică a ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855,88
52	Repararea ligamentului încrucișat	015304	Reconstrucția ligamentului încrucișat al genunchiului cu repararea meniscului	855,88
53	Excizia locală a leziunilor sânelui	Q00501	Excizia leziunilor sânelui	413,52
54	Colecistectomia laparoscopică	J10102	Colecistectomia laparoscopică	1.050,94
55	Colecistectomia laparoscopică	J10104	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin ductul cistic	1.050,94
56	Colecistectomia laparoscopică	J10105	Colecistectomia laparoscopică cu extragerea calculului de pe canalul biliar comun prin coledocotomia laparoscopică	1.050,94
57	Hemoroidectomia	J08504	Hemoroidectomia	631,35
58	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12603	Cura chirurgicală a herniei inghinale unilaterale	589,67
59	Cura chirurgicală a herniei inghinale	J12604	Cura chirurgicală a herniei inghinale bilaterale	589,67
60	Endoscopie digestivă superioară	J00101	Esofagoscopia flexibilă	371,57
61	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J01202	Esofagoscopia cu biopsie	480,31
62	Endoscopie digestivă superioară	J13901	Panendoscopia până la duoden	371,57

63	Endoscopie digestivă superioară	J13903	Panendoscopia până la ileum	371,57
64	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14201	Panendoscopia până la duoden cu biopsie	480,31
65	Endoscopie digestivă superioară cu biopsie	J14202	Endoscopia ileală cu biopsie	480,31
66	Terapia chirurgicală a fimozei	L03702	Circumcizia la bărbat	193,54
67	Terapia chirurgicală a fimozei	L04101	Reducerea parafimozei	193,54
68	Chirurgia varicelor	H12002	Injectări multiple cu substanțe sclerozante la nivelul venelor varicoase	808,68
69	Chirurgia varicelor	H12501	Întreprerea joncțiunii safenofemurală varicoasă	808,68
70	Chirurgia varicelor	H12502	Întreprerea joncțiunii safenopoplitee varicoasă	808,68
71	Chirurgia varicelor	H12503	Întreprerea joncțiunilor safeno-femurală și safenopoplitee varicoase	808,68
72	Chirurgia varicelor	H12601	Întreprerea a mai multor vene tributare unei vene varicoase	808,68
73	Chirurgia varicelor	H12602	Întreprerea subfascială a uneia sau mai multor vene perforante varicoase	808,68
74	Debridarea nonexcizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02103	Debridarea nonexcizională a arsurii	162,44
75	Debridarea excizională a părților moi	019301	Debridarea excizională a părților moi	649,77
76	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	P02201	Debridarea excizională a tegumentului și țesutului subcutanat	649,77
77	Dilatarea și chiuretajul după avort sau pentru întrerupere de sarcină	M02801	Dilatarea și chiuretajul[D&C] după avort sau pentru întrerupere de sarcină	219,55
78	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	017801	Aplicarea dispozitivului de fixare externă neclasificată altundeva	965,45
79	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	P01701	Biopsia tegumentului și țesutului subcutanat	609,55
80	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00701	Incizia și drenajul hematomului tegumentar și al țesutului subcutanat	519,43
81	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00702	Incizia și drenajul abceselor tegumentelor și ale țesutului subcutanat	519,43
82	Incizia și drenajul tegumentelor și ale țesutului subcutanat	P00703	Alte incizii și drenaje ale tegumentelor și țesutului subcutanat	519,43
83	Examinare fibroscopică a faringelui	E04701	Examinare fibroscopică a faringelui	444,84
84	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat	P01901	Excizia leziunilor tegumentare și țesutului subcutanat în alte zone	555,80
85	Chiuretaj cu biopsia de endometru	M02501	Biopsia de endometru	444,84
86	Chiuretaj cu biopsia de col uterin	M03701	Biopsia de col uterin	444,84
87	Îndepărtarea corpiilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	P00601	Îndepărtarea corpiilor străini din tegument și țesutul subcutanat cu incizie	454,09
88	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziuni multiple/leziune unică	P01309	Electroterapia leziunilor tegumentare, leziune unică	273,03
89	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat, implicând țesuturile mai profunde	P02902	Repararea plăgilor tegumentare și ale țesutului subcutanat în alte zone implicând și țesuturile profunde	555,80
90	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	K02803	Extragerea endoscopică a stentului ureteral	360,11
91	Rezecția parțială a unghiei încarnate	P02504	Rezecția parțială a unghiei încarnate	283,18
92	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	018108	Îndepărtarea dispozitivului de fixare externă	379,98
93	Coronarografie	H06801	Coronarografie	1.050,94
94	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15902	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului inferior	283,18
95	Realizarea fistulei arteriovenoase la persoanele dializate	H15903	Efectuarea unei fistule arteriovenoase native (cu venă) la nivelul membrului superior	283,18
96	Biopsia leziunii peniene	L03701	Biopsia peniană	538,48
97	Terapia chirurgicală a varicocelului	L02801	Cura varicocelului	808,68
98	Orhidectomia unilaterală (excizia testicolului)	L02501	Orhidectomia unilaterală	480,31
99	Orhidectomia bilaterală (excizia testiculelor)	L02502	Orhidectomia bilaterală	480,31
100	Excizia spermatoceleului, unilateral	L02303	Excizia spermatoceleului, unilateral	480,31
101	Excizia spermatoceleului, bilateral	L02304	Excizia spermatoceleului, bilateral	480,31
102	Terapia chirurgicală a hidrocelului	L02301	Excizia hidrocelului	480,31
103	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	L00404	Biopsia transrectală (cu ac de biopsie) a prostatei	538,48
104	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	L00302	Rezecția endoscopică a leziunii prostatice	480,31
105	Rezecția endoscopică transuretrală a prostatei	L00601	Rezecția transuretrală a prostatei	742,92
106	Uretrotomia optică internă pentru stricturi uretrale	K07505	Uretrotomia optică	480,31
107	Distrușterea endoscopică a verucilor uretrale	K07602	Distrușterea endoscopică a verucilor uretrale	480,31

108	Hidro dilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	K06801	Hidro dilatarea vezicii urinare sub control endoscopic	480,31
109	Rezecția endoscopică vezicală	K06001	Rezecția endoscopică de leziune sau țesut vezical	480,31
110	Extragerea endoscopică a litiazei vezicale	K05604	Litolapaxia vezicii urinare	480,31
111	Cistostomia percutanată cu inserția percutanată a cateterului suprapubic	K05303	Cistotomia percutanată (cistostomia)	259,72
112	Cistoscoopia	K04901	Cistoscoopia	297,50
113	Rezecția endoscopică a ureterocelului	K03801	Rezecția endoscopică a ureterocelului	480,31
114	Excizia tumorii corneconjunctivale	C01201	Excizia tumorii limbus-ului	246,93
115	Excizia tumorii corneconjunctivale	C01202	Excizia tumorii limbus-ului cu keratectomie	246,93
116	Excizia tumorii corneconjunctivale	C02201	Excizia pingueculei	246,93
117	Repoziționarea cristalinului subluxat	C04401	Repoziționarea cristalinului artificial	246,93
118	Dacriocistorinostomia	C08802	Dacriocistorinostomia	589,67
119	Dacriocistorinostomia	C09001	Procedee închise de restabilire a permeabilității sistemului canalicular lacrimal, un ochi	589,67
120	Septoplastia	E01003	Septoplastia cu rezecția submucoasă a septului nazal	742,92
121	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01601	Extragere intranasală de polip din antrum-ul maxilar	742,92
122	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01602	Extragerea intranasală de polip din sinusul frontal	742,92
123	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01603	Extragere intranasală de polip din sinusul etmoidal	742,92
124	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01604	Extragere intranasală de polip din sinusul sfenoidal	742,92
125	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E00801	Extragerea de polip nazal	742,92
126	Chirurgia funcțională endoscopică naso sinusală	E01805	Antrostomia maxilară intranasală, unilateral	589,67
127	Parotidectomia	E02805	Excizia parțială a glandei parotide	589,67
128	Chirurgia ronhopatiei cronice	E03601	Uvulopalatofaringoplastia	500,00
129	Timpanoplastia tip I	D01401	Miringoplastia, abord transcanalar	742,92
130	Timpanoplastia tip I	D01402	Miringoplastia, abord postauricular sau endauricular	742,92
131	Cura chirurgicală a tumorilor benigne ale laringelui	G00402	Microlaringoscopia cu extirparea laser a leziunii	742,92
132	Terapia chirurgicală a apendicitei cronice	J07002	Apendicectomia laparoscopică	742,92
133	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08101	Excizia fistulei anale implicând jumătatea inferioară a sfincterului anal	500,00
134	Terapia chirurgicală a fisurii perianale	J08102	Excizia fistulei anale implicând jumătatea superioară a sfincterului anal	500,00
135	Terapia chirurgicală a tumorilor de perete abdominal sau ombilic	J12401	Biopsia peretelui abdominal sau a ombilicului	300,00
136	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical	J12507	Excizia granulomului ombilical	300,00
137	Hernia ombilicală	J12801	Cura chirurgicală a herniei ombilicale	589,67
138	Hernia epigastrică	J12802	Cura chirurgicală a herniei epigastrice	589,67
139	Eventrație postoperatorie	J12903	Cura chirurgicală a eventrației postoperatorii cu proteză	589,67

NOTĂ:

Pozițiile 5 - 13 din tabelul de mai sus se referă la cura chirurgicală a fracturilor de piramidă nazală după un traumatism recent; nu sunt incluse corecțiile estetice.

B.3. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și tarifele corespunzătoare:

B.3.1. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical /vizită (zi) și pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi (FSZ) după flecare vizită (zi).

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical
1	Chimioterapie*) cu monitorizare	280 lei/ședință
2	Litotriție	350 lei/ședință
3	Tratamentul și profilaxia rabiei cu antitetanic	171 lei/administrare
4	Tratamentul și profilaxia rabiei fără antitetanic	111 lei/administrare
5	Strabism la copii - reeducare ortooptică	50 lei/ședință
6	Supleere a funcției intestinale la bolnavii cu insuficiență intestinală cronică care necesită nutriție parenterală pentru o perioadă mai mare de 3 luni de zile	1.215 lei / administrare zilnică

B.3.2. Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Tarif pe serviciu medical

1	Implant de cristalin**)	1.050 lei/asigurat/un serviciu pentru fiecare ochi, maxim 2 servicii pe CNP
2	Înterupere de sarcină cu recomandare medicală * valabil pentru sarcini de până la 12 săptămâni de amenoree	272,40 lei/asigurat /serviciu
3	Amniocenteză****)	900 lei/asigurat/ serviciu
4	Biopsie de vilozități coriale****)	900 lei/asigurat/ serviciu
5	Monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200 lei/lună/asigurat
6	Evaluarea dinamică a răspunsului viro - imunologic*)	450 lei/lună/asigurat
7	Monitorizarea bolilor neurologice (epilepsie și tulburări de somn, boala Parkinson și alte manifestări extrapiramidale, boli neuromusculare, miastenia gravis și sindromul miastenic, neuropatii periferice, boli neurodegenerative ale sistemului nervos central, scleroza multiplă, stenoze arteriale carotidiene, vertebrale și artere subclaviculare, demențe, paralizii cerebrale)	200 lei/asigurat/lună
8	Monitorizarea și tratamentul talasemiei și hemofiliei*)	200 lei/lună/asigurat
9	Boli endocrine (acromegalie în tratament medicamentos și tumori neuroendocrine)****)	200 lei/lună/asigurat
10	Boala Gaucher****)	200 lei/lună/asigurat
11	Poliartrita reumatoidă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
12	Artropatia psoriazică pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
13	Spondilita ankilozantă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
14	Artrita juvenilă pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
15	Psoriazis cronic sever pentru tratamentul cu imunosupresoare****)	200 lei/lună/asigurat
16	Scleroza multiplă****)	200 lei/lună/asigurat
17	Boli rare****)	200 lei/lună/asigurat
18	Monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanței toracice*****)	180 lei/asigurat/ semestru
19	Analgezia autocontrolată	69,40 lei/asigurat
20	Analgezie subarahnoidiană	108,50 lei/asigurat
21	Analgezie epidurală simplă	136,60 lei/asigurat
22	Analgezie epidurală cu cateter	209,60 lei/asigurat
23	Blocaj nervi periferici	120,50 lei/asigurat
24	Infiltrație periradiculară transforaminală*****)	400 lei/asigurat
25	Bloc de ram median posterior*****)	120,50 lei/asigurat
26	Bloc de plex simpatic	400 lei/asigurat
27	Ablație cu radiofrecvență de ram median*****)	209,60 lei/nivel/ asigurat
28	Ablație cu radiofrecvență a inervației genunchiului sau a articulației coxofemorale*****)	690 lei/asigurat
29	Ablație sacroiliac*****)	690 lei/asigurat
30	Infiltrație sacroiliac*****)	400 lei/asigurat
31	Discografie stimulată*****)	400 lei/asigurat
32	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginose și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat
33	Proceduri specifice pentru cefalee, algii craniene, sindroame vertiginose și crize de pierdere a conștienței fără diagnostic etiologic fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat
34	Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă	57 lei/pacient
35	Urgență medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății	171 lei/pacient
36	Discectomie percutană	690 lei/2 discuri/ asigurat/serviciu
37	Endoscopie de canal spinal	690 lei/asigurat/ serviciu
38	Flavectomie	690 lei/2 discuri/ asigurat
39	Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C)	340 lei/asigurat/ sarcină
40	Monitorizare afecțiuni oncologice cu investigații de înaltă performanță	409 lei/asigurat/lună
41	Monitorizare afecțiuni oncologice fără investigații de înaltă performanță	204,48 lei/asigurat
42	Monitorizare insuficiență renală cronică	204,48 lei/asigurat/ lună
43	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrilor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	349,50 lei/asigurat

44	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) fără toxină botulinică	133,57 lei/asigurat
45	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.461,05 lei/asigurat/trimestru
46	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/trimestru
47	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.245,12 lei/asigurat/trimestru
48	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/asigurat/trimestru
49	Monitorizarea bolilor psihiatrice adulți și copii (tulburări cognitive minore, demențe incipiente, tulburări psihotice și afective în perioade de remisiune, tulburări nevrotice și de personalitate)	200 lei/asigurat/lună
50	Implantarea cateterului venos central long-life destinat administrării de medicamente, dializei cronice sau administrării de chimioterapie (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici, hematologici, dializați. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central long-life.	960 lei/asigurat
51	Implantarea cateterului venos central cu cameră implantabilă destinat administrării de chimioterapie (în cure lungi de 6 - 24 luni) pentru pacienții oncologici și hematologici. Tariful aferent acestui serviciu include costul cateterului venos central și camerei implantabile.	1.200 lei/asigurat
52	Monitorizarea pacemakerelor/defibrilatorului implantabil	309 lei/asigurat/ anual
53	Monitorizarea pacienților cu insuficiență cardiacă congestivă pentru asigurați cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	327 lei/asigurat/ anual
54	Monitorizarea pacienților cu tulburări de ritm/ conducere cu afecțiuni cardiovasculare grave de debut sau devenite cronice	394 lei/asigurat/ anual
55	Incizia și drenajul abceselor periosoase (loji superficiale ale capului și gâtului)	519,43 lei/asigurat
56	Suprimarea firelor de sutură la pacienți cu despicătură labio-maxilopalatine după plastia buzei sau a palatului	412 lei/asigurat
57	Iridectomia sau capsulotomia cu laser	150 lei/asigurat
58	Implantare cateter peritoneal (tariful include și costul cateterului)	690 lei/asigurat
59	Monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor	130 lei/asigurat/trimestru
60	Monitorizarea și tratamentul colagenozelor: poliartrita reumatoidă, lupus eritematos sistemic, dermatopolimiozită, sindrom Sjorgen, vasculite sistemice.	200 lei/asigurat/lună
61	Diagnostic și monitorizare artrită precoce	200 lei/asigurat/lună
62	Monitorizarea bolilor hematologice	200 lei/asigurat/lună
63	Diagnosticarea apneei de somn	238 lei/asigurat
64	Bronhoscopia asociată ecografiei (EBUS)	1.409 lei / asigurat
65	Terapia spasticității membrului superior aparuta ca urmare a unui accident vascular cerebral pentru pacientul adult - cu toxină botulinică	1.999,36 lei / asigurat / trimestru.
66	Cordonocenteza***)	900 lei / asigurat /serviciu
67	Evaluarea Sindromului Post Covid-19	413,75 lei/asigurat

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programele naționale de sănătate.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare. Serviciul medical se acordă o singură dată pentru fiecare ochi.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuate numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu anomalii majore confirmate imagistic anterior procedurii sau în caz de patologie genetică în familie cu risc de transmitere la descendenți - la recomandarea medicului genetician sau risc de aneuploidii mai mare de 1/250 în urma screening-ului genetic prenatal: test combinat (markeri ecografici și dublu test sau triplu test); în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate. Cordonocenteza se decontează la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală, pentru cazuri cu indicație în scop diagnostic sau terapeutic; în tarifele aferente acestora este inclusă și testarea genetică a probelor prelevate.

Testarea genetică a probelor prelevate prin biopsie de vilozități coriale, amniocenteză sau cordonocenteză se realizează prin una din următoarele tehnici: citogenetică, FISH, MLPA, QF-PCR.

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#),

republicată, cu modificările și completările ulterioare cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)^{1β} și (**)^{1Ω}, prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare *****) sub ghidaj Rx

*****) sub ghidaj și mașina de ablație

*****) Se poate efectua trimestrial la asigurații cu diabet zaharat confirmat.

B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif pe serviciu medical
1.	Ciroza hepatica - monitorizare cu proceduri de înaltă performanță la pacienții cu suspiciune de hepatocarcinom (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), Creatinina, CT abdomen cu substanță de contrast / IRM abdomen cu substanță de contrast / Colangio-IRM	409 lei /an
2.	Ciroză hepatică - monitorizare pacienți cu ascită/hidrotorax	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemograma, INR, Albumina, Glicemie, Creatinina, Na, K, Citodiagnostic lichid puncție, Administrare Albumina umana 20%, 100 ml	258,39 lei
3.	Ciroză hepatică virală - monitorizare și prescriere tratament antiviral****) (Serviciu lunar per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemograma, INR, TGO, TGP, Albumina, Glicemie, Bilirubina totală, Bilirubina directă, Creatinina, Na, K	121,80 lei
4.	Hepatita cronică virală B - diagnostic (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Ac anti- VHD, Determinare cantitativă ADN VHB, Fibroscan	793,75 lei
5.	Hepatită cronică virală B fără agent delta - monitorizare tratament antiviral (Serviciu anual per asigurat)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemogramă, TGO, TGP, Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Determinare cantitativă ADN VHB,	470 lei
6.	Hepatită cronică virală B cu agent delta - diagnostic (Serviciu anual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHD	391 lei
7.	Hepatită cronică virală B cu agent delta - Monitorizarea eficienței și stabilirea continuării terapiei antivirale (Serviciu anual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHD	391 lei
8.	Hepatita cronică virală C - diagnostic (Serviciu anual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Determinare cantitativă ARN VHC, Fibroscan	500,25 lei
9.	Boli inflamatorii intestinale - administrare și prescriere tratament biologic****) (Serviciu lunar per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), HLG, Albumină, Glicemie, Creatinina, TGP, TGO, Na, K,	95,52 lei
10.	Boli inflamatorii intestinale - monitorizare (Serviciu bianual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie), HLG, INR, Albumină, Glicemie, Creatinina serică, TGP, TGO, Fosfataza alcalină, Gama GT, Proteina C reactivă, VSH, Calprotectina în materiile fecale (cantitativ), Feritina serică, Sideremie	283,28 lei
11.	Monitorizare lunară și prescriere tratament antiviral B, C, D****) (Serviciu lunar per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Hemograma, TGO, TGP, Creatinina	61,62 lei
12.	Stadializare fibroza hepatică - Fibroscan la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente (Serviciu anual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie sau Boli Infecțioase), Fibroscan	230 lei
13.	Evaluare posttransplant hepatic (Serviciu anual per asigurat.)	Consultații de specialitate (Gastroenterologie în Clinici de Gastroenterologie și Hepatologie - Transplant Hepatic), CMV Ig M, EBV Ig M, Tacrolinemie/sirolinemie/ciclosporinemie, AFP, Ecografie abdomen + pelvis, Determinare cantitativă ADN VHB sau ARN VHC	780,25 lei
14.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare-tip I 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobina glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinina, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivații, Indicele glezna-brat (Doppler), Ecografie cardiacă, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	216,11 lei
15.	Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare- tip II 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobina glicată, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinina, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivații, Indicele glezna-brat (Doppler), Ecografie cardiacă, Ecografie vasculară (artere) sau Monitorizare Holter tensiune arterială, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educație în domeniul prevenției cardiovasculare	246,11 lei

16.	Depistarea si controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare- tip III 1 serviciu/asigurat/an	Consultații de specialitate (cardiologie), Glicemie, Hemoglobina glicata, Colesterol seric total, LDL colesterol, HDL colesterol, Trigliceride serice, Creatinina, Acid uric, TGO, TGP, ECG de repaus 12 derivatii, Indicele glezna-brat (Doppler), Ecografie cardiaca, Ecografie vasculara (artere), Monitorizare Holter tensiune arteriala, Calcularea riscului cardiovascular pe baza modelului Heart Score, Educatie in domeniul preventiei cardiovasculare	276,11 lei
17.	Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburari de coagulare / trombofilii ereditare și dobândite	Consultații de specialitate obstetrică- ginecologie, Antitrombină III, Proteină C, Proteină S, Dozarea hemocisteinei serice, Control hemocisteină serică, Factor V Leyden, Anticoagulant lupic screening, Anticoagulant lupic confirmare, Ecografie obstetricală și ginecologică	559 lei
18.	Evaluarea și tratamentul anemiei prin carență de fier cu fier injectabil intravenos - se recomandă numai la pacienții cu un risc mare de sângerare pentru intervențiile prevăzute în Anexa 1 la ordinul ministrului sănătății nr. 1251 /2018 pentru aprobarea Ghidului de gestionare a sângelui pacientului în perioada perioperatorie	consultație de specialitate, analize de laborator: feritină serică, transferină, hemoleucogramă completă, sideremie, proteina C reactivă, glicemie, creatinină serică, uree, timp Quick (inclusiv INR), APTT; fier injectabil intravenos 500 mg	670,39 lei
19.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec	427,26 lei
20.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec.	336,05 lei
21.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo- patologic	914,02 lei
22.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; polipectomie; examen anatomo- patologic	822,05 lei
23.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la cec; examen anatomo-patologic.	608,92 lei
24.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la cec	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la cec; examen anatomo- patologic	531,15 lei
25.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică;	401,26 lei
26.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, fără biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică.	309,81 lei
27.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo- patologic	873,02 lei
28.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu polipectomie și biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la până la flexura hepatică; polipectomie; examen anatomo- patologic	781,05 lei
29.	Endoscopie digestivă inferioară cu sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; consultație ATI; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; anestezie midazolam/propofol; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo- patologic	572,92 lei
30.	Endoscopie digestivă inferioară fără sedare, cu biopsie - colonoscopie flexibilă până la flexura hepatică	consultație de specialitate; analize medicale de laborator: hemoleucogramă, fibrinogen, timp Quick (inclusiv INR), APTT; EKG; colonoscopie până la flexura hepatică; examen anatomo- patologic	495,15 lei

****) Monitorizare și administrare tratament afecțiunii care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)*1 (**)*1β și (**)*1Ω, prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#),

republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)^{1β} și (**)^{1β}, prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de la poz. 14, 15 și 16 nu se pot efectua și raporta concomitent la un pacient într-un an.

Pentru serviciul de la poz. 17:

Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#) privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare. Se acordă în trimestrul I sau II de sarcină, la gravidele cu cel puțin unul din următorii factori de risc vascular și obstetrical:

- antecedente personale de boală tromboembolică;
- istoric familial (rude de gradul I cu boala tromboembolică sau antecedente heredocolaterale pozitive de trombofilie);
- avorturi recurente de prim trimestru, de cauză necunoscută;
- sarcini oprite în evoluție;
- naștere prematură;
- hipertensiune arterială indusă de sarcină;
- dezlipire de placentă normal inserată;
- insuficiență placentară.

B.4.2. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii, și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical.

Nr. crt.	Denumire serviciu medical	Servicii obligatorii	Tarif /serviciu
1.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	Consultații de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (pentru rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, hepatită B și C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeș- Papanicolou (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	632,41 lei
2.	Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecției CMV)*1)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Glicemie TGP TGO TSH Examen complet de urină (sumar + sediment) VDRL sau RPR Testare HIV la gravidă Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină (hepatită B și C) Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeș- Papanicolou (până la S23+6 zile) sau Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (S24 - S28+6 zile) sau Biometrie fetală (S29-S33+6 zile) sau Detecția Streptococului de grup B (S34 - S37+6 zile) Ecografie de confirmare, viabilitate și datare a sarcinii	388,46 lei

3.	Screening prenatal (S11 - S19+6 zile) *2)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie (interpretare integrative a rezultatelor) Dublu test / triplu test Ecografie pentru depistarea anomaliilor fetale (S11 - S19+6 zile)	552,00 lei
4.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Creatinina serică Acid uric seric TGP TGO Examen complet de urină (sumar + sediment) Dozare proteine urinare Proteine totale serice Ecografie obstetricală și ginecologică	141,23 lei
5.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)*3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Hemoleucogramă completă Sodiu seric Potasiu seric Examen complet de urină (sumar + sediment) Uree serică Acid uric seric Creatinină serică Ecografie obstetricală și ginecologică	142,99 lei
6.	Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatricial în trimestrul III) *3)	Consultație de specialitate obstetrică-ginecologie Cardiocografie Ecografie obstetricală și ginecologică	142,00 lei
7.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului *4)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografii Comunicare rezultat	102,00 lei
8.	Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului cu suspiciune identificată mamografic *5)	Consultație chirurgie generală/obstetrică-ginecologie Efectuare mamografii Ecografie sân Comunicare rezultat	182,00 lei
9.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin*6)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	171,24 lei
10.	Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic*7)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Testare infecție HPV Recoltare frotiu citovaginal Examen citologic Comunicare rezultat și consiliere privind conduita în funcție de rezultate	211,24 lei
11.	Diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin - Se efectuează de medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie*8)	Consultații de specialitate: obstetrică-ginecologie Biopsie Examen histopatologic	217,00 lei
12.	Tratamentul excizional sau ablativ al leziunilor precanceroase ale colului uterin *9)	Consultație obstetrică-ginecologie; colposcopie; anestezie locală; prelevare țesut ERAD (bisturiu rece); examen histopatologic (1-3 blocuri)	391,30 lei

*1) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3, 2 sau 1 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

Serviciile de la poz. 1 și 2 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă pentru o sarcină.

Se decontează un singur pachet de servicii medicale per gravidă, la luarea în evidență a acesteia de către medicul de specialitate obstetrică-ginecologie.

În situația în care serviciile medicale corespunzătoare pozițiilor 1 și 2 se acordă în perioada S11 - S19+6 zile, acestea pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale corespunzătoare poziției 3.

Rezultatele serviciilor se consemnează complet în scrisoarea medicală și Carnetul gravidei, documente care se înmânează acesteia sub semnătura de primire.

*2) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 1, 2 sau 3 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare și laborator de analize medicale pentru efectuarea dublului/triplului test.

Se decontează un singur serviciu medical per gravidă care se acordă în perioada S11 - S19+6 zile de sarcină.

*3) Se contractează numai cu spitalele de specialitate obstetrică-ginecologie și cu celelalte unități sanitare cu paturi, care au în structură secții sau compartimente de obstetrică-ginecologie și neonatologie ierarhizate la nivelul 3 sau 2 conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1881/2006](#), cu modificările și completările ulterioare.

*4) Se efectuează o dată la 2 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânului la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*5) Se efectuează o dată la 2 ani în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale sânului la femei asimptomatice din grupa de vârstă 50 - 69 ani, cu rezultate pozitive la mamografie, care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer mamar;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer mamar.

Serviciile de la poz. 7 și 8 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*6) Criterii de eligibilitate: Femei asimptomatice din grupa de vârstă 35 - 64 ani, în scopul depistării precoce a leziunilor displazice ale colului uterin și la femeile din grupa de vârstă 25 - 34 ani, asimptomatice, cu rezultate pozitive la examenul citologic care:

1. nu au un diagnostic confirmat de cancer de col uterin;
2. sunt asimptomatice;
3. nu au antecedente sugestive pentru patologia de cancer de col uterin.

În cazul unui rezultat pozitiv la femeile 35 - 64 ani, se indica triaj citologic.

În cazul unui rezultat negativ, se repetă peste 5 ani.

Criterii de excludere: nu sunt eligibile femeile care:

1. prezintă absența congenitală a colului uterin;
2. prezintă histerectomie totală pentru afecțiuni benigne;
3. au diagnostic stabilit de cancer de col uterin;
4. au diagnostic stabilit pentru alte forme de cancer genital.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*7) Se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la testarea HPV.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*8) se efectuează la femeile cu rezultat pozitiv la examenul citologic.

Serviciile de la poz. 9, 10 și 11 nu se pot efectua și raporta concomitent la o pacientă.

*9) Se efectuează la femeile din grupa de vârstă 25 - 64 ani, cu rezultat pozitiv la examenul precoce al leziunilor displazice ale colului uterin de la poz. 9 și 10.

NOTĂ pentru litera B:

1. Tarifele cuprind cheltuielile aferente cazurilor rezolvate precum și serviciilor medicale (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte, după caz).
2. Serviciile medicale spitalicești care nu necesită internare continuă, acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B, se pot contracta de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi și cu unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, care au avizate/aprobate de Ministerul Sănătății structuri de spitalizare de zi.
3. Serviciile acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B pot fi acordate și în regim de spitalizare continuă dacă pacientul prezintă complicații sau comorbidități cu risc pentru pacient, sângerare majoră ce pune problema repleției volemice, risc anestezic greu de managerizat în spitalizare de zi, iar durerea postprocedurală greu de controlat, proceduri invazive majore asociate.
4. Pentru fiecare poziție din cazurile rezolvate/serviciile medicale în regim de spitalizare de zi prevăzute la litera B punctele B.1, B.2, B.3.1, B.3.2, B.4.1. și B.4.2. se întocmesc fișe de spitalizare de zi distincte.
5. Serviciile medicale/cazurile rezolvate prevăzute la litera B nu pot fi acordate concomitent cu serviciile medicale spitalicești prevăzute la litera A. Excepție face situația în care asiguratul internat în regim de spitalizare continuă poate beneficia concomitent, în altă unitate sanitară, de serviciul medical prevăzut la punctul B.3.1, poziția 1, 3 și 4, dacă unitatea sanitară la care asiguratul este internat în regim de spitalizare continuă, nu poate acorda acest serviciu.
6. Serviciile prevăzute la pozițiile 7, 8, 40, 41, 42, 49, 53, 54, 59, 60, 61 și 62 din tabelul de la lit. B.3.2 includ, după caz, și diagnostic/depistare.
7. Serviciile prevăzute la pozițiile 40 și 41 din tabelul de la lit. B.3.2 se pot acorda pacienților cu afecțiuni oncologice care în luna respectivă beneficiază de serviciul prevăzut la poziția 1 din tabelul de la lit. B.3.1
8. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:
 - a) situația de urgență medico-chirurgicală pentru:
 - a1) serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.2 pozițiile 34 și 35 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.
 - a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 88, 89, 96 și 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

b) diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu pentru serviciile în regim de spitalizare de zi prevăzute în listele de la **litera B**, cu excepția celor de la **lit. a)**, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

9. Pentru perioada în care un pacient are deschisă o fișă de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia și de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale în ambulatoriu.

C. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie.

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

– cranio-cerebrale - coloană vertebrală - torace - abdomino-pelvine

– fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimulatori cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni).

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologică indiferent de localizare

4. necroza aseptică de cap femural

5. urgențe în patologia demielinizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate).

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

– afecțiuni vasculare indiferent de localizare

Capitolul II

Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat

1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:

a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;

b) boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului;

c) nașterea.

2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

a) situația de urgență medico-chirurgicală, pentru:

a1) serviciile medicale prevăzute la **capitolul I litera B punctul B.3.2** pozițiile 34 și 35 efectuate în camera de gardă, CPU/UPU care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie

a2) serviciile prevăzute în lista de la punctul B.1 pozițiile 88, 89, 96 și 97 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății,

- b)** epidemiologie pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare pentru serviciile medicale prevăzute la capitolul I litera B punctul B.3.1 pozițiile 3 și 4 și punctul B.3.2 poziția 59, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.
- 3.** Pentru criteriul urgență medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. Pentru spitalizarea continuă, la solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgență.
- 4.** Pentru servicii medicale din pachetul minimal furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

Capitolul III

- 1.** Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. II, precum și de serviciul medical prevăzut la cap. I lit. B.3.1 poziția 1. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.
- 2.** Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederației Elvețiene /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formulare lor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală spitalicească, de serviciile prevăzute la capitolul I din prezenta anexă. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederației Elvețiene /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.
- 3.** Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la capitolul II din prezenta anexă, sau de serviciile medicale prevăzute la capitolul I din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.
- Serviciile medicale prevăzute la capitolul I, se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

Anexa nr. 22A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat și a tarifului pe zi de spitalizare

- Statul de personal
 - Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2020
 - Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2020 valabilă la 31.12. 2020 aprobată de ordonatorul de credite.
 - Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
 - Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01. 2020 și la 31.12. 2020
 - Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2021, pe elemente de cheltuieli*)
- *) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat și pe bază de tarif pe zi de spitalizare

Mii lei		
ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	

Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apă, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRU UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

MANAGER	DIRECTOR MEDICAL	DIRECTOR FINANCIAR- CONTABIL
.....

Anexa nr. 22B

Unitatea sanitară cu paturi

Nr. contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate

ADEVERINȚĂ

Nr. /data

Se adeverește prin prezenta că pacientul(nume prenume) CNP este internat începând cu data de în secția cu FOCG nr.

Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.

Semnătura,
cod parafă
medic curant

NOTĂ: se menționează în foaia de observație clinică generală numărul și data adeverinței.

Anexa nr. 23

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

Articolul 1

Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

Articolul 2

Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv; spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore.
2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

Articolul 3

Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în [anexa nr. 26](#) la ordin.

Tarifele pentru spitalizare de zi sunt prevăzute în [anexa nr. 22](#) la ordin.

Articolul 4

(1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;
3. număr de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile pentru fiecare spital, se stabilește cu încadrarea în numărul de paturi aprobat la nivel județean de către o comisie formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică/direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie și se avizează de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de

Sănătate, pe baza fundamentărilor transmise de casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică și avute în vedere la stabilirea numărului de paturi contractabile. Fundamentările transmise Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se elaborează pe baza unei metodologii care are în vedere următoarele criterii:

- a) obiectivele asumate prin Masterplanurile regionale de servicii medicale, respectiv planurile de servicii medicale aprobate prin ordin al ministrului sănătății;
- b) asigurarea specialităților de bază;
- c) prioritizarea îngrijirilor acute și a specialităților chirurgicale;
- d) numărul de cazuri realizate de furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate în anii 2017 - 2019;
- e) nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe tipuri de servicii medicale spitalicești, corelată cu indicatorii de morbiditate;
- f) nevoia de servicii medicale la nivel teritorial, pe specialități, corelată cu indicatorii de morbiditate;
- g) existența altor tipuri de furnizori la nivel teritorial, care asigură accesul pacienților la servicii medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea asigurării unui traseu optim al pacientului;
- h) gradul de utilizare a paturilor pentru structurile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anii anteriori;
- i) gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele cu specific chirurgical; j. complexitatea cazurilor rezolvate;
- k) gradul de acoperire cu resurse umane a structurilor funcționale/secțiilor/compartimentelor unității sanitare;
- l) servicii medicale acordate asiguraților din alte județe;
- m) prioritizarea structurilor funcționale/secțiilor/compartimentelor unității sanitare pentru care nu se percepe contribuție personală;
- n) ponderea cheltuielilor de personal în totalul sumei decontate de casa de asigurări de sănătate în anii 2017 - 2019;
- o) condiții specifice la nivel teritorial.

La stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital casele de asigurări de sănătate/direcțiile de sănătate publică, vor avea în vedere necesarul de servicii medicale pe specialități inclusiv pentru serviciile medicale acordate asiguraților din alte județe, specialitățile deficitare și condițiile specifice existente la nivel local.

4. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național, luat în calcul la stabilirea capacității spitalului funcție de numărul de paturi contractabile este:

- 4.1. pentru secții/compartimente de acuți 290 zile
 - 4.2. pentru secții/compartimente de cronici și îngrijiri paliative 320 zile
 - 4.3. pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile.
 - 5. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național pe tipuri de secții/compartimente;
 - 6. durată de spitalizare/durata de spitalizare efectiv realizată/durată medie de spitalizare la nivel național în secțiile pentru afecțiuni acute, după caz;
 - 7. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea spitalului funcție de numărul de paturi contractabile;
 - 8. indice de complexitate a cazurilor;
 - 9. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi;
 - 10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
 - 11. tarif mediu pe caz rezolvat (non DRG);
 - 12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat pentru spitalizare de zi.
 - 13. tarif pe zi de spitalizare pentru secții compartimente de cronici
 - 14. durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în [anexa nr. 23 A](#) la ordin pentru spitalele de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și durata medie de spitalizare la nivel național - DMS_nat - este 5,77 pentru spitalele de acuți care nu sunt finanțate pe baza sistemului DRG
- b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, precum și numărul serviciilor medicale/cazurilor rezolvate estimate a se efectua prin spitalizare de zi în structura de spitalizare de zi a spitalului aprobată/avizată, precum și în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești luând în calcul numărul de paturi contractabile, în condițiile prevederilor hotărârii de Guvern privind aprobarea Planului național de paturi.

(5) Furnizorul de servicii medicale spitalicești care înființează, conform legii, structuri sanitare cu paturi distincte, în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală sau pentru care solicită încheierea unui contract și/sau în raza administrativ-teritorială a oricărei case de asigurări de sănătate, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate/casele de asigurări de sănătate, cu respectarea tuturor celorlalte condiții de contractare.

În situația în care furnizorul de servicii medicale spitalicești se regăsește în [anexa nr. 23 A](#) la ordin, contractarea și decontarea pentru afecțiunile acute, se va face prin sistemul DRG pentru fiecare structură avizată/aprobată distinct, conform prevederilor legale în vigoare.

Fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești va fi evidențiată distinct în [anexa nr. 23 A](#) la ordin.

Pentru structurile distincte (spital) nou-înființate, pentru care nu există istoric astfel încât să poată fi calculat ICM și TCP conform metodologiei aplicată pentru calcularea acestor valori, contractarea se face pe baza tarifului mediu pe caz rezolvat (non_DRG).

Pentru fiecare structură distinctă (spital) a furnizorului de servicii medicale spitalicești care are în componență secții /compartimente de cronici contractarea se face pe baza tarifului pe zi de spitalizare.

Pe parcursul derulării contractului pentru secțiile/compartimentele de acuti nou înființate ale furnizorului de servicii medicale spitalicești care se regăsește în [anexa nr. 23 A](#), contractarea se face pe baza tarifului pe caz rezolvat (DRG) al spitalului, prevăzut în [anexa nr. 23 A](#).

(6) În situația în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul descreșterii, suma contractată se diminuează corespunzător având în vedere valoarea procentului de referință (P) aferent noii clasificări; economiile rezultate se repartizează de către casa de asigurări de sănătate, spitalelor cu care aceasta se află în relații contractuale, în funcție de criteriile avute în vedere la contractare.

În situația în care pe parcursul derulării contractului, se modifică clasificarea spitalului în sensul creșterii, valoarea procentului de referință (P) nu se modifică și suma contractată nu se recalculează corespunzător noii clasificări.

Articolul 5

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

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

– număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2021 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2021, respectiv

– număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital prevăzut în [anexa nr. 23 A](#) la ordin cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat/DMS_spital) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secțiile și compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital,

tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în [anexa nr. 23 A](#).

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile [Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011](#) privind aprobarea [metodologiei](#) și a [criteriilor minime obligatorii](#) pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare și este:

- a) pentru categoria I: $P = 85\%$;
- b) pentru categoria IM: $P = (P - 4)\%$;
- c) pentru categoria II: $P = (P - 3)\%$;
- d) pentru categoria IIM: $P = (P - 5)\%$;
- e) pentru categoria III: $P = (P - 5)\%$;
- f) pentru categoria IV: $P = (P - 15)\%$;
- g) pentru categoria V: $P = (P - 23)\%$;
- h) pentru spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la [punctul a1\)](#) ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externe pe fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 5,77.

a3) Număr de cazuri externe ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externe pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a3.1) Numărul de cazuri externe calculat la suma contractată = SC (suma contractată)/(ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externe pe fiecare specialitate.

a3.2) Numărul anual de cazuri externe negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externe contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2021 este prezentat în [anexa nr. 23 A](#) la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externe cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2021 este prezentat în [anexa nr. 23 A](#) la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în [anexa nr. 23 B](#) la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în [anexa nr. 23 A](#) la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la [lit. b\)](#);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non_DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non_DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2020 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în [anexa nr. 23 C](#) la ordin.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor [lit. b\)](#).

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre și luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la [lit. a1](#), respectiv la [lit. a2](#), după caz.

b) suma pentru spitalele de boli cronice precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

număr de cazuri externe x durata de spitalizare prevăzută în [anexa nr. 25](#) la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externe

Numărul de cazuri externe pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2021, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secții/compartimente de cronici și de durata de spitalizare prevăzută în [anexa nr. 25](#) la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în [anexa nr. 25](#) la ordin, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor [art. 4 alin. \(1\)](#), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în [anexa nr. 25](#) la ordin.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109](#), [art. 110](#), [art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în [anexa nr. 23 C](#) la ordin.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în [anexa nr. 23 C](#) la ordin.

c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, conform [anexei nr. 8](#) la ordin;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din [anexa nr. 18](#) la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat este prevăzut în [anexa nr. 22](#) la ordin.

h) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu în condițiile stabilite prin [HG nr. 696/2021](#) și prin prezentul ordin, finanțate din fondurile alocate cu această destinație.

i) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în [anexa 7](#) la prezentul ordin; suma contractată se regăsește în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic.

(2) Sumele de la [lit. c\)](#) și [d\) ale alin. \(1\)](#) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la [lit. e\), f\) și h\) ale alin. \(1\)](#) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerul Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități.

Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în [anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2](#) pozițiile 34 și 35 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical și sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situațiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești,

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu de specialitate sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate servicii acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

Articolul 6

(1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă. Suma se calculează trimestrial numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

b.1) prezența permanentă a cel puțin unui medic în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.2) prezența permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secției/compartimentului de terapie intensivă,

b.3) consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secția/compartimentul de terapie intensivă,

b.4) consum de materiale sanitare cu cel puțin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului (media consumului la nivelul spitalului = consumul total de materiale sanitare la nivel de spital/nr. total al structurilor funcționale ale spitalului, conform structurii aprobate, care contribuie la rezolvarea cazurilor de spitalizare).

Suma aferentă fiecărui spital care îndeplinește criteriile de mai sus se stabilește conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în secția/compartimentul de terapie intensivă a spitalului / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivelul tuturor spitalelor aflate în contract cu o casă de asigurări de sănătate pentru secțiile/compartimentele de terapie intensivă x 25% din suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Casele de asigurări de sănătate încheie act adițional pentru sumele reprezentând complexitatea suplimentară a cazurilor, fără a modifica numărul de cazuri contractate aferente perioadei pentru care se acordă această sumă.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din secțiile/compartimentele de terapie intensivă pentru fiecare spital se pun la dispoziția caselor de asigurări de sănătate trimestrial de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile [lit. a](#)).

Spitalele evaluează pacienții atât la intrarea cât și la ieșirea din compartimentele/secțiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2									
Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	> 41	39.0 - 40.9		38.5 - 38.9	36.0 - 38.4	34.0 - 35.9	32.0 - 33.9	30.0 - 31.9	< 29.9
Mijloc BP (mm Hg)	> 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50-69		< 49
Ritmul inimii (bătăi/min)	> 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55-69	40-54	< 39
Rata respirației (respirații /min)	> 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 5
Oxygenare (kPa)*:									
FiO(2) > 50%	66.5	46.6 - 66.4	26.6 - 46.4		< 26.6				
A-aDO(2)									
FiO(2) < 50% PaO(2)					> 9.3	8.1-9.3		7.3-8.0	< 7.3
pH arterial	> 7.7	7.60 - 7.59		7.50 - 7.59	7.33 - 7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	< 7.15
Serum sodium (mmol/l)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
Serum potassium (mmol/l)	> 7	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3.0-3.4	2.5-2.9		< 2.5
Serum creatinine (micromol/l)	> 300	171-299		121-170	50-120		< 50		
Total volum celule (%)	> 60		50 - 59.9	46 - 49.9	30 - 45.9		20-29.9		< 20
Număr de leucocite (x 109/l)	> 40		20 - 39.9	15 - 19.9	3 - 14.9		1-2.9		< 1
Alte variabile: - Scala de comă - Vârsta - Boli cornice - Statut chirurgical									

Articolul 7

(1) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația servicii medicale spitalicești și alocate caselor de asigurări de sănătate, se contractează de către acestea prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2021, precum și pentru încheierea de contracte noi. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați. Încheierea de contracte noi se face cu informarea ordonatorului principal de credite și la contractare casa de asigurări de sănătate are în vedere încadrarea în numărul de paturi contractabile la nivel de județ, îndeplinirea tuturor condițiilor de contractare, necesarul de servicii medicale și încadrarea în fondurile alocate cu destinație servicii medicale spitalicești, cu respectarea prevederilor de la [art. 5 alin. \(1\)](#).

(2) Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, din fondurile prevăzute la [art. 6 alin. \(2\) lit. a](#)), precum și din fondurile prevăzute la [alin. \(1\)](#), pot fi contractate cu spitalele/secțiile/compartimentele de acuzi, servicii medicale acordate de la data încheierii actului adițional, dar fără a se depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital stabilită astfel:

$(Nr_pat \times IU_pat/DMS\ spital) \times ICM \times TCP/12\ luni$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externe pe fiecare specialitate, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 5,77.

Articolul 8

Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele stabilite conform prevederilor [art. 3](#).

Articolul 9

Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acută, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz;

1.3. tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2021, prevăzut în [anexa nr. 23 A](#) la ordin.

Decontul de cheltuieli eliberat asiguraților de către spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acută finanțate prin sistem DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acută, în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de cazuri rezolvate, validate și decontate este număr întreg.

La regularizare se utilizează tarifele corespunzătoare prevederilor legale în vigoare.

2.2. valoarea relativă a DRG-ului corespunzător fiecărui caz

2.3. TCP-ul prevăzut pentru fiecare spital în [anexa nr. 23 A](#) la ordin.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acută, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acută realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă și nu se înregistrează depășiri la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor aferente spitalizării continue se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. a](#)), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. a](#)), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

b) pentru serviciile medicale spitalicești pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

b1) pentru spitalele de boli cronice și pentru secțiile/compartimentele de cronici:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă cronici se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută din [anexa nr. 25](#) la ordin;

1.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109,art. 110,art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru luna pentru care se face decontarea, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate, confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru spitalizare cronici în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv:

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. durata de spitalizare, astfel: durata de spitalizare din [anexa nr. 25](#) la ordin dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta sau durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata prevăzută în [anexa nr. 25](#) la ordin;

2.3. tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109,art. 110,art. 124](#) și [art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani, precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, pneumoftiziologie adulți și copii, psihiatrie cronici, decontarea se face în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și validat pentru perioada de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă cronici, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile cronice se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă cronici realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. b\)](#), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. b\)](#), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

b2) pentru serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă:

1. decontarea lunară în limita sumei contractate pentru servicii paliative în regim de spitalizare continuă se face în funcție de:

1.1. numărul de zile de spitalizare realizat și validat

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate pentru servicii paliative în funcție de:

2.1. numărul de zile de spitalizare realizate raportate și validate pentru trimestrul pentru care se face regularizarea.

Validarea zilelor de spitalizare se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful pe zi de spitalizare negociat

c) pentru 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. 23 A](#) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de boli cronice, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri externate raportate și validate

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Trimestrial se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate pentru spitalizare continuă acuți, în funcție de:

2.1. numărul de cazuri externate, raportate și validate în ordine cronologică în funcție de data externării, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor cu privire la datele clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de cazuri rezolvate, validate și decontate este număr întreg.

2.2. tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate este sub valoarea contractată pentru spitalizare continuă acuți, în limita economiilor realizate din spitalizarea continuă pentru cazurile acute se poate deconta contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate peste cele contractate.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate, validate și decontate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care contravaloarea cazurilor pentru spitalizare continuă acuți realizate și validate cât și contravaloarea cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât sumele contractate pentru fiecare tip de spitalizare, decontarea se face la nivelul contractat.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea continuă, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare în situația în care

valoarea de contract aferentă acestor luni este mai mică decât cea stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. a\)](#), fără a se depăși media lunară a sumei stabilită conform [art. 5 alin. \(1\) lit. a\)](#), iar eventualele diferențe din nerealizări se diminuează prin act adițional.

d) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, se decontează conform prevederilor Hotărârii de Guvern privind aprobarea programelor naționale de sănătate și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, se decontează conform prevederilor Hotărârii de Guvern privind aprobarea programelor naționale de sănătate și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, cabinete de boli infecțioase și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, 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, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor decontată din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 18 la ordin, în limita sumei contractate;

h) pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate spitalizare de zi, se face în funcție de:

1.1. numărul de cazuri/servicii raportate și validate

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. tariful pe serviciu/caz rezolvat

2. La regularizarea trimestrială în vederea decontării, casele de asigurări de sănătate au în vedere următoarele:

2.1. numărul de cazuri rezolvate/servicii, raportate și validate, pentru perioada aferentă trimestrului respectiv, precum și pentru perioada de la 1 iulie 2021 și până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu încadrarea în limita valorii contractate;

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. tariful pe caz rezolvat/serviciu

Contravaloarea serviciilor/cazurilor rezolvate calculată pe baza indicatorilor de mai sus trebuie să se încadreze în sumele contractate pentru spitalizare de zi.

În situația în care contravaloarea cazurilor rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi realizate și validate este peste cea contractată, casele de asigurări de sănătate pot deconta această depășire în limita economiilor înregistrate în spitalizarea continuă acuti.

În situația în care în urma regularizărilor se înregistrează nerealizări la spitalizarea de zi, suma aferentă nerealizărilor se poate redistribui la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare cu destinația servicii de spitalizare de zi, iar eventualele diferențe se diminuează prin act adițional.

i) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în [anexa 7](#) la prezentul ordin; suma contractată se regăsește în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic;

j) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu în condițiile stabilite prin [HG nr. 696/2021](#) și prin prezentul ordin, finanțate din fondurile alocate cu această destinație.

Articolul 10

Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate și după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului:

a) 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 deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță;

c) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

Articolul 11

(1) Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat.

Asigurații suportă, în cazul spitalizării continue, contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești, cu obligația asigurării accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești acordate în condiții hoteliere standard.

(2) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății, astfel:

a) Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

b) Pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, serviciile medicale spitalicești pentru tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești pentru pacienții din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor spital precum și serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală.

c) Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul Consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(3) Furnizorii publici de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești contractate, încasează din partea asiguratului numai sumele reprezentând coplata și contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.

(4) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă pot încasa din partea asiguratului:

a) sumele prevăzute la [alin. \(3\)](#).

b) o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora - pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acută finanțate prin sistem DRG. Modelul consimțământului este prevăzut în [Anexa 23 E](#) la ordin.

Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, și este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediul acestora, într-un loc vizibil.

Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului. Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcție de evoluția clinică, cu consimțământul acestuia sau al reprezentantului legal. Modelul devizului estimativ este prevăzut în [Anexa 23 E](#) la ordin.

Furnizorii privați au obligația să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care s-a încasat contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului al cărui model este prevăzut în [Anexa 23 E](#) la ordin.

(5) Categoriile de asigurați scutite de coplată prevăzute la [art. 225 din Legea nr. 95/2006 republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 23 D](#) la ordin.

Articolul 12

(1) Spitalele, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi, și după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru investigații paraclinice și pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare, materiale sanitare, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la [art. 10 lit. a\), b\) și c\)](#), cu excepția:

a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptați fără contribuție personală, în condițiile [HG nr. 696 /2021](#) și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la [alin. \(2\)](#) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor publice și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției; metodologia va fi pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și va fi adusă la cunoștință și pacienților la internarea acestora în spital.

Articolul 13

(1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților conform fișelor de solicitare prevăzute în [anexa nr. 24](#) la ordin.

(2) Prevederile [alin. \(1\)](#) se aplică pacienților internați. Fișele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanță se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situația în care spitalele nu dețin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcțională, pentru pacienții internați cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanță prevăzute la [alin. \(1\)](#) ce vor fi efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fișele de solicitare prevăzute în [anexa nr. 24](#) la ordin care se completează în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea și, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Articolul 14

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de

sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului), informații care trebuie să se regăsească și în foaia de observație clinică generală la epicriză.

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să elibereze prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; prin externarea asiguratului se înțelege externarea din spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu excepția cazurilor prezentate în structurile de primiri urgențe. Pentru nerespectarea acestei obligații casele de asigurări de sănătate rețin suma de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației.

Medicii care își desfășoară activitatea în spital pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în [anexa nr. 31 C](#) la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Medicii care își desfășoară activitatea în spital pot recomanda îngrijiri paliative la domiciliu prin eliberarea recomandării al cărui model este prezentat în [anexa 31 D](#) la ordin, ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului.

Articolul 15

Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să elibereze în ziua externării concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru. Prin externarea asiguratului se înțelege externarea din spitalizare continuă și spitalizare de zi. În cazul urgențelor medico-chirurgicale acordate în structurile de primiri urgențe - pentru care gradul de severitate al bolii nu impune internarea prin spitalizare continuă - pentru care nu au fost eliberate certificatele de concediu medical de către medicii care au asistat urgența, acestea se eliberează de medicul de familie în condițiile prevăzute de [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 15/2018/1.311/2017](#) pentru aprobarea [Normelor](#) de aplicare a prevederilor [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005](#) privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Articolul 16

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești. Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 iulie 2021, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

Articolul 17

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări

de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 42 la ordin.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz.

Articolul 18

Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

Articolul 19

Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere și instituții cu rețea sanitară proprie, respectiv autorităților administrației publice locale, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, ai ministerului de resort, ai autorităților administrației publice locale, după caz, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

Articolul 20

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 21

Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități și a tarifului pe zi de spitalizare prevăzute în [anexa nr. 22 A](#) la ordin.

Anexa nr. 23A

LISTA SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT, ICM, TCP ȘI DMS VALABILE PENTRU ANUL 2021

Nr. crt.	Cod Spital	Denumire spital		TCP 2021**)	DMS Spital 2021****)
1	AB01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ALBA IULIA	1,5127	1500	6,00
2	AB02	SPITALUL DE BOLI CRONICE CAMPENI	1,1311	1430	7,50
3	AB03	SPITALUL MUNICIPAL BLAJ	1,6568	1475	5,45
4	AB04	SPITALUL ORASENESC ABRUD	1,1356	1475	5,67
5	AB05	SPITALUL MUNICIPAL AIUD	1,3219	1475	5,65
6	AB06	SPITALUL ORASENESC CAMPENI	1,2449	1475	5,66
7	AB08	SPITALUL MUNICIPAL SEBES	1,3647	1475	6,42
8	AB09	SPITALUL ORASENESC CUGIR	1,2655	1475	6,38
9	AB12	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE AIUD	1,1926	1430	7,61
10	AB13	SC CMC PRAXIS SRL	1,9344	1430	3,41
11	AB14	SC CENTRUL MEDICAL DR. LAURA CATANA	1,3236	1430	5,01
12	AG01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PITESTI	1,5116	1600	6,58
13	AG02	SPITALUL DE PEDIATRIE PITESTI	1,4854	1600	3,91
14	AG04	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE CAMPULUNG	0,9775	1430	7,92
15	AG05	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG	1,2376	1475	5,37
16	AG06	SPITALUL ORASENESC "REGELE CAROL I" COSTESTI	1,4174	1475	5,80
17	AG07	SPITALUL MUNICIPAL CURTEA DE ARGES	1,2202	1475	6,16
18	AG08	SPITALUL ORASENESC "SF. SPIRIDON" MIOVENI	1,0458	1475	6,00
19	AG13	SPITALUL DE PSIHIATRIE SF MARIA VEDEA	1,4014	1430	6,58

20	AG14	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "SF ANDREI" VALEA IASULUI	0,9855	1430	8,53
21	AG15	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE LEORDENI	1,0761	1430	9,49
22	AG24	SC MUNTENIA MEDICAL COMPETENCES SA	1,7006	1430	2,97
23	AR01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ARAD	1,4778	1600	6,37
24	AR05	SPITALUL ORASENESC INEU	1,3273	1475	6,34
25	AR06	SPITALUL ORASENESC LIPOVA	1,0451	1475	7,01
26	AR07	SPITALUL DE BOLI CRONICE SEBIS	0,8980	1430	8,93
27	AR14	SC TERAPEUTICA SA CHISINEU-CRIS	1,4436	1475	5,74
28	AR21	S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	1,2649	1475	2,97
29	B_01	SPITALUL CLINIC "SF. MARIA" BUCURESTI	1,7049	1550	4,61
30	B_02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA BUCURESTI	1,5642	1850	6,22
31	B_03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA DE CHIRURGIE PLASTICA, REPARATORIE SI ARSURI BUCURESTI	2,0603	2230	6,66
32	B_04	SPITALUL CLINIC DE NEFROLOGIE "DR. CAROL DAVILA" BUCURESTI	1,6925	1525	4,83
33	B_05	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "GR. ALEXANDRESCU" BUCURESTI	1,4535	1600	3,94
34	B_06	SPITALUL CLINIC "FILANTROPIA" BUCURESTI	0,9872	1600	3,24
35	B_08	SPITALUL CLINIC DE URGENTE OFTALMOLOGICE BUCURESTI	0,6288	1575	2,97
36	B_09	SPITALUL CLINIC DE CHIRURGIE OROMAXILOFACIALA "PROF. DR. DAN TEODORESCU" BUCURESTI	0,6757	1600	3,05
37	B_101	TINOS CLINIC SRL	0,9603	1475	2,97
38	B_103	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	1,0861	1475	3,19
39	B_11	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. AL. TRESTIOREANU" BUCURESTI	1,3187	1800	5,41
40	B_110	CLINICA ANGIOMED	2,3708	1430	2,97
41	B_113	SC DELTA HEALTH CARE SRL	1,5324	1475	2,97
42	B_116	SC SANADOR SRL- SPITALUL SANADOR	1,7864	1500	2,97
43	B_12	INSTITUTUL DE ENDOCRINOLOGIE "C. I. PARHON" BUCURESTI	1,0313	1800	3,54
44	B_124	SC MEDLIFE SA SUCURSALA BUCURESTI	0,7214	1500	2,97
45	B_128	SC MEDICOVER HOSPITALS SRL	1,0181	1475	2,97
46	B_129	SC CENTRUL MEDICAL "POLICLINICO DI MONZA" SRL	1,4793	1430	2,97
47	B_13	SPITALUL CLINIC "DR. I. CANTACUZINO" BUCURESTI	1,7506	1500	4,68
48	B_136	SC PROMED SYSTEM SRL	0,6030	1430	2,97
49	B_14	INSTITUTUL NATIONAL DE DIABET, NUTRITIE SI BOLI METABOLICE "PROF. DR. N. PAULESCU" BUCURESTI	1,4705	1800	5,11
50	B_140	FUNDATIA "DR. VICTOR BABES" SPITAL GENERAL	1,5609	1430	3,13
51	B_15	SPITALUL CLINIC DE ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE SI TBC OSTEOARTICULAR "FOISOR" BUCURESTI	1,9712	1825	5,97
52	B_150	CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT PROVITA	1,1026	1380	2,97
53	B_153	VICTORIA MEDICAL CENTER	2,9470	1380	2,97
54	B_16	SPITALUL CLINIC COLENTINA BUCURESTI	2,3249	1550	5,45
55	B_18	INSTITUTUL CLINIC FUNDENI BUCURESTI	1,6194	1808	5,30
56	B_19	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "C. C. ILIESCU" BUCURESTI	2,3288	1800	4,98
57	B_20	INSTITUTUL NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI SI COPILULUI „ALESSANDRESCU-RUSESCU”	0,9695	1800	5,10
58	B_21	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. PANTELIMON" BUCURESTI	1,3394	1600	4,79
59	B_22	SPITALUL CLINIC DE COPII "DR. V. GOMOIU" BUCURESTI	1,2598	1525	3,93
60	B_23	SPITALUL CLINIC "COLTEA" BUCURESTI	2,0214	1575	7,04
61	B_25	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI TROPICALE "DR. V. BABES" BUCURESTI	1,4514	1525	5,92
62	B_27	SPITALUL CLINIC DE PSIHIATRIE "DR. ALEXANDRU OBREGIA" BUCURESTI	1,6897	1575	9,26
63	B_28	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "M. S. CURIE" BUCURESTI	1,2967	1600	4,36
64	B_29	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "SF. IOAN" BUCURESTI	1,4772	1600	5,18
65	B_31	SPITALUL CLINIC "PROF. DR. TH. BURGHELE" BUCURESTI	1,3678	1658	5,80
66	B_32	INSTITUTUL DE FONOAUDIOLOGIE SI CHIRURGIE FUNCTIONALA ORL "PROF. DR. D. HOCIOTA" BUCURESTI	1,3348	1800	6,08
67	B_33	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI	1,3835	1850	5,96
68	B_34	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE "PROF. DR. PANAIT SIRBU" BUCURESTI	1,1958	1600	2,97
69	B_35	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "BAGDASAR-ARSENI" BUCURESTI	2,6639	1600	5,81
70	B_36	INSTITUTUL NATIONAL DE NEUROLOGIE SI BOLI NEUROVASCULARE BUCURESTI	1,8731	1800	8,00
71	B_38	CENTRUL DE EVALURE SI TRATAMENT A TOXICODEPENDENTELOR PENTRU TINERI "SF. STELIAN"	1,3979	1430	6,56
72	B_40	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "SF. STEFAN"	1,0428	1430	6,67
73	B_41	CENTRUL DE BOLI REUMATISMALE "DR. I. STOIA" BUCURESTI	1,6665	1580	6,21
74	B_42	SPITALUL CLINIC "NICOLAE MALAXA" BUCURESTI	1,2018	1500	4,55
75	B_47	INSTITUTUL NATIONAL DE PNEUMFTIZIOLOGIE "MARIUS NASTA" BUCURESTI	1,6337	1800	9,05

76	B_48	INSTITUTUL NATIONAL DE BOLI INFECTIOASE "PROF. DR. MATEI BALS" BUCURESTI	1,7110	1800	5,88
77	B_80	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA "ELIAS" BUCURESTI	1,5720	1850	5,20
78	B_90	SPITALUL DE PSIHIATRIE TITAN "DR.C.GORGOS"	1,7617	1430	8,80
79	B_91	SC CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN 94 SRL	1,6401	1430	3,22
80	B_95	EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	1,1453	1475	2,97
81	B_96	SC MED LIFE SA	1,3393	1500	2,97
82	BC01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BACAU	1,3131	1600	5,44
83	BC02	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BACAU	1,1473	1430	8,05
84	BC03	SPITALUL MUNICIPAL ONESTI	1,1277	1500	5,96
85	BC04	SPITALUL ORASENESC BUHUSI	1,2137	1475	5,75
86	BC05	SPITALUL ORASENESC "IOAN LASCAR" COMANESTI	1,2751	1475	6,43
87	BC06	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA MOINESTI	1,5432	1500	6,45
88	BC08	SC POLIMED SRL	1,0053	1475	4,49
89	BC14	SC CLINICA PALADE SRL BACAU	0,8567	1430	3,71
90	BC38	CLINICA NEWMEDICS	1,0359	1380	2,97
91	BH01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA ORADEA	1,8321	1600	4,69
92	BH02	SPITALUL CLINIC MUNICIPAL "DR. GAVRIL CURTEANU" ORADEA	1,3986	1550	6,73
93	BH07	SPITALUL ORASENESC ALESD	1,1558	1475	6,26
94	BH09	SPITALUL MUNICIPAL "EPISCOP N. POPOVICI" BEIUS	1,2440	1475	5,89
95	BH10	SPITALUL MUNICIPAL "DR. POP MIRCEA" MARGHITA	1,2836	1475	6,07
96	BH11	SPITALUL DE PSIHIATRIE NUCET	1,3201	1430	10,45
97	BH12	SPITALUL MUNICIPAL SALONTA	1,2459	1475	5,49
98	BH13	SPITALUL ORASENESC STEI	1,0705	1430	6,39
99	BH26	SC PELICAN IMPEX SRL ORADEA	1,7494	1550	3,21
100	BH32	SC EUCLID SRL ORADEA	1,0303	1430	2,97
101	BN01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BISTRITA	1,4824	1500	6,06
102	BN02	SPITALUL ORASENESC "DR. G. TRIFON" NASAUD	1,1589	1475	5,85
103	BN03	SPITALUL ORASENESC BECLEAN	1,1167	1475	6,59
104	BN09	S.C. CLINICA SANOVIL S.R.L	1,3245	1475	3,05
105	BR01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BRAILA	1,4223	1500	6,67
106	BR05	SPITALUL ORASENESC FAUREI	1,3657	1475	5,87
107	BR07	SPITALUL DE PSIHIATRIE "SF.PANTELIMON" BRAILA	1,4380	1430	8,83
108	BR09	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BRAILA	0,9318	1430	6,98
109	BT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "MAVROMATI" BOTOSANI	1,2669	1500	5,91
110	BT02	SPITALUL DE RECUPERARE "SF. GHEORGHE" BOTOSANI	1,1148	1430	7,25
111	BT06	SPITALUL MUNICIPAL DOROHOI	1,1264	1475	5,83
112	BT10	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BOTOSANI	1,1299	1430	6,23
113	BV01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA BRASOV	1,7436	1600	6,36
114	BV02	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE "DR. I. A. SBARCEA" BRASOV	1,0576	1525	4,00
115	BV03	SPITALUL CLINIC DE COPII BRASOV	1,2849	1600	4,38
116	BV04	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE BRASOV	1,6366	1525	6,40
117	BV05	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BRASOV	1,1360	1525	7,01
118	BV06	SPITALUL MUNICIPAL DR. AUREL TULBURE FAGARAS	1,2723	1475	5,18
119	BV08	SPITALUL MUNICIPAL CODLEA	1,1326	1430	7,09
120	BV09	SPITALUL MUNICIPAL SACELE	1,1214	1430	4,64
121	BV10	SPITALUL ORASENESC "DR. C. T. SPARCHEZ" ZARNESTI	1,0433	1475	5,71
122	BV12	SPITALUL ORASENESC RUPEA	1,1357	1475	5,11
123	BV13	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI NEUROLOGIE BRASOV	1,3504	1525	11,93
124	BV18	SC CLINICILE ICCO SRL BRASOV	1,3002	1525	2,97
125	BV21	SC TEO HEALTH SA - SPITALUL "SF. CONSTANTIN"	1,7288	1500	2,97
126	BV22	CLINICA NEWMEDICS	0,7674	1430	2,97
127	BV23	S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L. BRASOV	1,2390	1500	2,97
128	BV24	S.C. PDR S.A.	1,8673	1475	2,97
129	BV25	SC ONCO CARD SRL- CENTRUL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT ONCOLOGIC	1,2263	1430	2,97
130	BV28	SC CLINICILE ICCO ORTOPEDIE SRL	1,9205	1430	6,33
131	BZ01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BUZAU	1,3661	1500	5,57
132	BZ02	SPITALUL MUNICIPAL RAMNICU SARAT	1,1834	1475	5,70
133	BZ04	SPITALUL ORASENESC NEHOIU	0,9736	1475	5,56
134	BZ09	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA SAPOCA	1,4177	1475	9,48

135	CJ01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CLUJ-NAPOCA	1,8304	1850	6,16
136	CJ02	INSTITUTUL REGIONAL DE GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE CLUJ-NAPOCA	2,6676	1800	5,89
137	CJ03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII CLUJ-NAPOCA	1,3227	1600	3,83
138	CJ04	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "LEON DANIELLO" CLUJ-NAPOCA	2,0997	1600	7,75
139	CJ05	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA	2,1416	1525	6,78
140	CJ06	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE CLUJ- NAPOCA	2,4693	1525	6,13
141	CJ07	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC CLUJ- NAPOCA	1,6274	1550	6,91
142	CJ08	INSTITUTUL ONCOLOGIC "PROF. DR. I. CHIRICUTA" CLUJ-NAPOCA	1,2389	1800	5,15
143	CJ09	INSTITUTUL INIMII "PROF. DR. N. STANCIOIU" CLUJ-NAPOCA	2,5214	1800	7,37
144	CJ10	SPITALUL MUNICIPAL DEJ	1,1519	1475	6,49
145	CJ11	SPITALUL MUNICIPAL TURDA	1,2913	1475	6,72
146	CJ12	SPITALUL MUNICIPAL GHERLA	0,8720	1475	5,20
147	CJ13	SPITALUL ORASENESC HUEDIN	1,1330	1475	6,15
148	CJ14	SPITALUL MUNICIPAL CAMPIA TURZII	1,1032	1475	5,04
149	CJ21	INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE SI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA	1,6507	1839	4,14
150	CL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA CALARASI	1,3319	1500	5,45
151	CL02	SPITALUL MUNICIPAL OLTENITA	0,9771	1475	5,16
152	CL03	SPITALUL ORASENESC LEHLIU-GARA	0,8959	1475	5,43
153	CL06	SPITALUL DE PSIHIATRIE SAPUNARI	1,6012	1430	11,54
154	CL07	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE CALARASI	1,4011	1430	6,63
155	CS01	SPITALUL JUDETEAN RESITA	1,3010	1500	6,68
156	CS02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA CARANSEBES	1,1529	1500	6,32
157	CS03	SPITALUL ORASENESC ORAVITA	0,8112	1475	5,61
158	CS05	SPITALUL ORASENESC MOLDOVA NOUA	1,0462	1475	5,93
159	CS07	SPITALUL ORASENESC OTELU ROSU	1,1012	1475	6,27
160	CT01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTA CONSTANTA	1,4293	1850	5,89
161	CT04	SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA	1,1918	1500	5,77
162	CT05	SPITALUL ORASENESC CERNAVODA	1,2428	1475	3,99
163	CT06	SPITALUL MUNICIPAL MANGALIA	1,2430	1475	5,80
164	CT07	SPITALUL ORASENESC HARSOVA	1,1651	1475	4,69
165	CT14	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE CONSTANTA	1,6955	1525	5,44
166	CT18	S.C. MEDICAL ANALYSIS	2,0503	1430	2,97
167	CT19	SC MEDSTAR 2000 CLINIC S.R.L.	1,7187	1430	2,97
168	CT20	EUROMATERNA SA	1,2585	1430	2,97
169	CT22	ISIS MEDICAL CENTER	1,3930	1430	2,97
170	CT24	SC ROCOMEDICOR SRL	1,7638	1430	2,97
171	CT28	SC DIAGNOST SRL	1,0951	1430	2,97
172	CT32	SC OVIDIUS CLINICAL HOSPITAL SRL	1,5561	1430	2,97
173	CV01	SPITALUL JUDETEAN "DR. FOGOLYAN KRISTOF" SFANTU GHEORGHE	1,2990	1500	5,80
174	CV03	SPITALUL MUNICIPAL TARGU SECUIESC	1,0709	1475	5,76
175	CV04	SPITALUL ORASENESC BARAOLT	0,8058	1475	4,65
176	CV05	SPITALUL DE RECUPERARE CARDIOVASCULARA "DR. BENEDEK GEZA" COVASNA	1,0262	1475	5,63
177	DB01	SPITALUL JUDETEAN TARGOVISTE	1,4705	1500	5,93
178	DB02	SPITALUL ORASENESC PUCIOASA	1,3344	1475	7,23
179	DB03	SPITALUL ORASENESC GAESTI	1,0628	1475	5,84
180	DB04	SPITALUL ORASENESC MORENI	1,0952	1475	5,62
181	DJ01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA CRAIOVA	1,2826	1800	5,68
182	DJ02	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC "FILANTROPIA" CRAIOVA	1,1814	1475	5,14
183	DJ03	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOFTIZIOLOGIE "VICTOR BABES" CRAIOVA	1,4197	1525	6,04
184	DJ04	SPITALUL MUNICIPAL "DR. IRINEL POPESCU" BAILESTI	0,9855	1475	4,92
185	DJ05	SPITALUL "FILISANILOR" FILIASI	1,1114	1475	5,71
186	DJ06	SPITALUL ORASENESC SEGARCEA	1,0245	1475	5,24
187	DJ07	SPITALUL MUNICIPAL CALAFAT	1,0563	1475	4,89
188	DJ13	SPITALUL ORASENESC "ASEZAMINTELE BRANCOVENESTI" DABULENI	1,1371	1475	5,73
189	DJ18	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE LEAMNA	1,3938	1430	6,40
190	DJ20	SPITALUL CLINIC DE NEUROPSIHIATRIE CRAIOVA	1,3495	1525	7,88
191	DJ30	CENTRUL MEDICAL MOGOS MED	0,6463	1430	2,97

192	DJ40	SC EIFFEL MED SRL	1,3127	1430	2,97
193	DJ55	SC ONIOPTIC MEDICAL PD SRL	0,6848	1430	2,97
194	GJ01	SPITALUL JUDETEAN TARGU JIU	1,3701	1500	5,90
195	GJ02	SPITALUL MUNICIPAL MOTRU	1,0850	1475	5,90
196	GJ03	SPITALUL ORASENESC TARGU CARBUNESTI	1,2610	1500	6,68
197	GJ04	SPITALUL ORASENESC ROVINARI	1,0965	1475	5,40
198	GJ05	SPITALUL ORASENESC NOVACI	0,9988	1475	5,39
199	GJ06	SPITALUL ORASENESC BUMBESTI-JIU	1,1400	1475	5,53
200	GJ10	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE TUDOR VLADIMIRESCU	0,9303	1430	8,09
201	GJ11	SPITALUL ORASENESC TURCENI	1,1843	1475	5,26
202	GL01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA "SF. APOSTOL ANDREI" GALATI	1,5696	1600	6,81
203	GL02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. IOAN" GALATI	1,2388	1600	4,48
204	GL03	SPITALUL DE PSIHIATRIE "ELISABETA DOAMNA" GALATI	1,5519	1430	6,58
205	GL04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE "BUNAVESTIRE" GALATI	0,9424	1430	4,56
206	GL05	SPITALUL DE PNEUMFTIZIOLOGIE GALATI	0,9565	1430	9,12
207	GL06	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE "SF. CUVIOASA PARASCHEVA" GALATI	1,2342	1430	5,37
208	GL07	SPITALUL MUNICIPAL "ANTON CINCU" TECUCI	0,9616	1475	4,27
209	GL08	SPITALUL ORASENESC TARGU BUJOR	0,9265	1475	4,15
210	GR01	SPITALUL JUDETEAN GIURGIU	1,4399	1500	7,06
211	GR05	SPITALUL ORASENESC BOLINTIN-VALE	0,8774	1475	5,18
212	HD01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DEVA	1,4076	1600	6,59
213	HD02	SPITALUL MUNICIPAL "DR. A. SIMIONESCU" HUNEDOARA	1,5726	1500	6,16
214	HD03	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA PETROSANI	1,4260	1500	6,99
215	HD05	SPITALUL MUNICIPAL LUPENI	1,2362	1475	5,35
216	HD06	SPITALUL MUNICIPAL VULCAN	1,2416	1475	4,67
217	HD07	SPITALUL MUNICIPAL BRAD	1,2167	1475	5,61
218	HD08	SPITALUL MUNICIPAL ORASTIE	1,2769	1475	6,32
219	HD09	SPITALUL ORASENESC HATEG	1,1588	1475	5,54
220	HD18	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA ZAM	1,2701	1430	6,21
221	HR01	SPITALUL JUDETEAN MIERCUREA-CIUC	1,3960	1500	5,26
222	HR02	SPITALUL MUNICIPAL ODORHEIUL SECUIESC	1,3193	1500	5,97
223	HR03	SPITALUL MUNICIPAL GHEORGHENI	1,3028	1475	6,03
224	HR04	SPITALUL MUNICIPAL TOPLITA	1,1022	1475	5,67
225	HR07	SPITALUL DE PSIHIATRIE TULGHES	1,4318	1430	13,15
226	IF01	SPITALUL DE OBSTETRICA GINECOLOGIE BUFTEA	1,0944	1430	3,83
227	IF03	SPITALUL DE PSIHIATRIE EFTIMIE DIAMANDESCU BALACEANCA	1,4882	1430	10,53
228	IF06	SPITALUL JUDETEAN "SFINTII IMPARATI CONSTANTIN SI ELENA" ILFOV	1,2914	1550	5,09
229	IF10	SC CARDIO_REC SRL	1,6948	1430	2,97
230	IL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA SLOBOZIA	1,3504	1500	4,93
231	IL02	SPITALUL MUNICIPAL URZICENI	1,0653	1475	4,70
232	IL03	SPITALUL MUNICIPAL FETESTI	1,1371	1475	5,35
233	IL04	SPITALUL ORASENESC TANDAREI	1,1468	1475	4,98
234	IS01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA "SF. SPIRIDON" IASI	1,8828	1800	6,50
235	IS02	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "SF. MARIA" IASI	1,3007	1600	5,40
236	IS03	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "PROF. DR. G.I.M. GEORGESCU" IASI	1,8891	1800	4,58
237	IS04	SPITALUL CLINIC "DR. C.I. PARHON" IASI	1,6872	1726	6,27
238	IS05	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE "CUZA-VODA" IASI	1,2352	1600	4,92
239	IS06	SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICA- GINECOLOGIE "ELENA DOAMNA" IASI	0,9054	1525	3,89
240	IS07	SPITALUL CLINIC PNEUMFTIZIOLOGIE IASI	1,8981	1600	8,04
241	IS08	INSTITUTUL DE PSIHIATRIE SOCOLA IASI	1,3878	1800	11,75
242	IS09	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE "SF. PARASCHEVA" IASI	1,4895	1525	6,37
243	IS11	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF. DR. N. OBLU" IASI	2,0400	1600	7,59
244	IS12	SPITALUL CLINIC DE RECUPERARE IASI	1,3584	1525	6,96
245	IS13	SPITALUL ORASENESC HARLAU	0,8713	1475	4,69
246	IS14	SPITALUL MUNICIPAL PASCANI	1,1315	1475	6,31
247	IS28	SPITAL PROVIDENTA	1,5647	1475	3,07
248	IS30	ARCADIA HOSPITAL	1,2992	1475	2,97
249	IS31	ARCADIA CARDIO	1,6090	1430	2,97
250	IS32	CENTRUL DE ONCOLOGIE EUROCLINIC SRL	1,2737	1430	2,97

251	IS36	INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE IASI	2,0169	1800	6,38
252	IS43	ELYTIS HOSPITAL HOPE	0,9938	1380	2,97
253	M01	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "REGINA MARIA" BRASOV	1,7581	1500	5,67
254	M02	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR.STEFAN ODOBLEJA" CRAIOVA	1,2884	1500	5,70
255	M03	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENTA „DR. CONSTANTIN PAPILIAN” CLUJ- NAPOCA	1,3533	1500	5,51
256	M04	SPITALUL MILITAR DE URGENTA GALATI	1,5138	1500	4,50
257	M05	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR. VICTOR POPESCU" TIMISOARA	1,5267	1550	5,33
258	M06	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "AVRAM IANCU" ORADEA	1,3519	1550	5,26
259	M07	SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA MILITAR CENTRAL "DR. CAROL DAVILA"	2,3435	1850	4,94
260	M08	SPITALUL CLINIC MILITAR DE URGENTA IASI	1,4178	1550	5,12
261	M09	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR. ALEXANDRU AUGUSTIN" SIBIU	1,2975	1500	5,04
262	M10	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR. ION JIANU" PITESTI	1,4457	1500	4,69
263	M11	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR. ALEXANDRU GAFENCU" CONSTANTA	1,6028	1500	5,10
264	M12	SPITALUL MILITAR DE URGENTA "DR. ALEXANDRU IONESCU" FOCSANI	1,3210	1500	4,50
265	M14	SPITALUL DE URGENTA "PROF.DR. DIMITRIE GEROTA"	1,5820	1550	5,70
266	M15	SPITALUL CLINIC DE URGENTA "PROF.DR. AGRIPPA IONESCU"	1,4849	1550	4,89
267	M16	SPITALUL "PROF.DR. CONSTANTIN ANGELESCU"	1,3462	1500	5,11
268	MH01	SPITALUL JUDETEAN DROBETA-TURNU SEVERIN	1,3441	1500	6,05
269	MH02	SPITALUL MUNICIPAL ORSOVA	1,2016	1475	4,54
270	MH05	SPITALUL ORASENESC BAIA DE ARAMA	1,0179	1475	5,72
271	MM01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "DR. CONSTANTIN OPRIS" BAIA MARE	1,5182	1600	6,07
272	MM02	SPITALUL DE BOLI INFECTIOASE SI PSIHIATRIE BAIA MARE	1,9771	1430	7,46
273	MM03	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "DR. NICOLAE RUSDEA" BAIA MARE	1,4785	1430	6,41
274	MM04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHETU MARMATIEI	1,3385	1475	6,80
275	MM06	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC	1,3951	1430	9,49
276	MM07	SPITALUL DE RECUPERARE BORSA	1,0827	1475	6,57
277	MM08	SPITALUL ORASENESC TARGU LAPUS	0,9883	1475	5,96
278	MM09	SPITALUL ORASENESC VISEU DE SUS	1,0847	1475	6,99
279	MM11	SC CHE COSMEDICA SRL	5,7906	1430	2,97
280	MM12	SC EUROMEDICA HOSPITAL S. A.	1,2847	1475	3,52
281	MM15	SC CLINICA SOMESAN SRL	0,8605	1430	3,36
282	MS01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA TARGU MURES	2,0123	1850	6,77
283	MS02	SPITALUL CLINIC JUDETEAN MURES	1,5010	1550	6,46
284	MS04	SPITALUL MUNICIPAL SIGHISOARA	1,1011	1475	6,32
285	MS05	SPITALUL ORASENESC "DR. VAIER RUSSU" LUDUS	1,0826	1475	5,60
286	MS06	SPITALUL MUNICIPAL "DR. E. NICOARA" REGHIN	0,9708	1475	5,72
287	MS07	SPITALUL MUNICIPAL "DR. GH. MARINESCU" TARNAVENI	1,2550	1475	6,29
288	MS11	SPITALUL ORASENESC SANGEORGIU DE PADURE	1,0428	1475	7,14
289	MS16	S.C. CENTRUL MEDICAL TOPMED S.R.L.	1,7466	1475	2,97
290	MS18	SC CARDIO MED SRL	2,5124	1430	2,97
291	MS19	SC NOVA VITA HOSPITAL SA	1,2752	1475	2,97
292	MS20	S.C. COSMEX S.R.L.- CENTRUL MEDICAL PULS	2,1150	1430	2,97
293	MS21	SPITALUL SOVATA-NIRAJ	1,0453	1430	6,65
294	MS24	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE SI TRANSPLANT TARGU MURES	2,5919	1800	6,72
295	NT01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PIATRA-NEAMT	1,3516	1500	6,06
296	NT02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA ROMAN	1,2172	1500	6,28
297	NT03	SPITALUL ORASENESC BICAZ	0,8299	1475	5,61
298	NT04	SPITALUL ORASENESC TARGU-NEAMT	1,0795	1475	6,59
299	NT07	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE BISERICANI	0,9631	1430	8,53
300	OT01	SPITALUL JUDETEAN SLATINA	1,4174	1500	5,63
301	OT02	SPITALUL ORASENESC BALS	1,1737	1475	5,65
302	OT03	SPITALUL MUNICIPAL CARACAL	1,3299	1475	5,71
303	OT04	SPITALUL ORASENESC CORABIA	1,1258	1475	4,94
304	PH01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA PLOIESTI	1,5144	1600	6,86
305	PH04	SPITALUL DE OBSTETRICA-GINECOLOGIE PLOIESTI	0,8678	1430	4,60
306	PH05	SPITALUL DE ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE AZUGA	1,1697	1430	6,35
307	PH06	SPITALUL ORASENESC BAICOI	0,9389	1475	6,27
308	PH07	SPITALUL MUNICIPAL CAMPINA	1,2152	1475	5,41
309	PH08	SPITALUL ORASENESC SINAIA	1,0112	1475	5,29

310	PH09	SPITALUL ORASENESC MIZIL	0,8975	1475	6,08
311	PH101	SPITALUL ORASENESC URLATI	1,1232	1475	3,66
312	PH102	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE DRAJNA	0,7887	1430	5,98
313	PH105	DENTIRAD HOSPITAL SRL	1,0353	1430	4,31
314	PH111	SPITAL AS MEDICA SRL	1,4545	1430	4,44
315	PH12	SPITALUL ORASENESC VALENII DE MUNTE	1,1718	1475	5,94
316	PH13	SPITALUL DE PSIHIATRIE VOILA	1,6520	1430	10,07
317	PH14	SPITALUL DE BOLI PULMONARE BREAZA	1,0639	1430	7,03
318	PH96	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE FLORESTI	0,8494	1430	7,04
319	PH98	SPITALUL MUNICIPAL PLOIESTI	1,1411	1475	6,84
320	PH99	SPITALUL DE PEDIATRIE PLOIESTI	1,2585	1600	3,81
321	SB01	SPITALUL CLINIC JUDETEAN SIBIU	1,5905	1600	5,55
322	SB02	SPITALUL DE PSIHIATRIE "DR.GH.PREDA" SIBIU	1,3327	1525	9,33
323	SB03	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE SIBIU	1,5035	1525	7,82
324	SB04	SPITALUL MUNICIPAL MEDIAS	1,2647	1475	6,00
325	SB05	SPITALUL ORASENESC AGNITA	1,0669	1475	6,36
326	SB06	SPITALUL ORASENESC CISNADIE	1,1714	1475	5,11
327	SB08	SPITALUL CLINIC DE PEDIATRIE SIBIU	1,4412	1600	4,58
328	SB11	SC CLINICA POLISANO SRL	1,4835	1500	2,97
329	SB14	CLINICA NEW MEDICS	1,1274	1430	2,97
330	SJ01	SPITALUL JUDETEAN ZALAU	1,4058	1500	5,94
331	SJ02	SPITALUL ORASENESC "PROF. DR. IOAN PUSCAS" SIMLEU SILVANIEI	1,2285	1475	6,36
332	SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU	1,0438	1430	6,40
333	SM01	SPITALUL JUDETEAN SATU MARE	1,3271	1500	5,93
334	SM03	SPITALUL DE PNEUMOPTIZIOLOGIE SATU MARE	1,2487	1430	9,31
335	SM04	SPITALUL MUNICIPAL CAREI	1,2590	1475	6,89
336	SM05	SPITALUL ORASENESC NEGRESTI-OAS	1,0223	1475	7,03
337	SM08	SC MANITOU MED SRL CLINICA GYNOPRAX	0,6587	1430	2,97
338	SV01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. IOAN CEL NOU" SUCEAVA	1,3891	1600	5,46
339	SV02	SPITALUL MUNICIPAL CAMPULUNG MOLDOVENESC	1,1230	1475	6,47
340	SV03	SPITALUL MUNICIPAL FALTICENI	1,2852	1475	5,76
341	SV04	SPITALUL ORASENESC GURA HUMORULUI	1,1132	1475	5,19
342	SV05	SPITALUL MUNICIPAL RADAUTI	1,4946	1475	5,64
343	SV06	SPITALUL ORASENESC SIRET	0,6162	1430	5,98
344	SV07	SPITALUL MUNICIPAL VATRA DORNEI	1,0868	1475	6,04
345	SV08	SPITALUL DE PSIHIATRIE CRONICI SIRET	1,4608	1430	9,38
346	SV12	SPITALUL DE PSIHIATRIE CAMPULUNG MOLDOVENESC	1,6539	1430	8,20
347	SV17	SPITALUL BETHESDA SUCEAVA	1,1455	1430	2,97
348	T01	SPITALUL CLINIC CF 2 BUCURESTI	1,0893	1500	4,95
349	T02	SPITALUL CLINIC CF NR.1 "WITTING"	1,0246	1475	5,06
350	T03	SPITALUL CLINIC CF CONSTANTA	1,2458	1475	6,63
351	T04	SPITAL CLINIC CF CRAIOVA	1,4118	1475	4,94
352	T05	SPITALUL CLINIC UNIVERSITAR CF CLUJ NAPOCA	1,2042	1550	5,90
353	T06	SPITALUL UNIVERSITAR CF IASI	1,2731	1475	5,08
354	T07	SPITALUL CLINIC CF TIMISOARA	1,1671	1475	4,82
355	T08	SPITALUL CLINIC CF ORADEA	1,2218	1475	5,02
356	T09	SPITALUL GENERAL CF BRASOV	1,3129	1475	5,66
357	T10	SPITALUL CF GALATI	1,1076	1475	6,74
358	T11	SPITALUL CF PLOIESTI	1,3684	1475	5,98
359	T12	SPITAL GENERAL CF SIBIU	1,4294	1475	6,27
360	T13	SPITALUL GENERAL CF DROBETA TURNU SEVERIN	1,1794	1475	5,94
361	T14	SPITALUL GENERAL CF PASCANI	1,3633	1475	6,31
362	T15	SPITALUL GENERAL CF SIMERIA	1,4121	1475	6,11
363	T17	SPITAL CF GALATI - SECTIA EXTERIOARA CU PATURI CF BUZAU	1,1040	1475	6,82
364	TL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA TULCEA	1,1578	1500	5,35
365	TL03	SPITALUL ORASENESC MACIN	1,2438	1475	6,03
366	TM01	SPITALUL JUDETEAN CLINIC DE URGENTA "PIUS BRINZEU" TIMISOARA	1,7393	1850	6,42
367	TM02	SPITALUL MUNICIPAL CLINIC DE URGENTA TIMISOARA	1,3567	1600	5,19
368	TM03	SPITALUL CLINIC DE URGENTA PENTRU COPII "L. TURCANU" TIMISOARA	1,3958	1600	4,43

369	TM04	SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECTIOASE SI PNEUMOFTIZIOLOGIE "DR. V. BABES"	1,7828	1525	7,77
370	TM06	INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE TIMISOARA	2,2478	1800	5,28
371	TM07	SPITALUL MUNICIPAL LUGOJ	1,1867	1475	6,37
372	TM09	SPITALUL ORASENESC DETA	1,0973	1475	4,13
373	TM10	SPITALUL "DR. KARL DIEL" JIMBOLIA	1,1670	1475	5,03
374	TM11	SPITALUL ORASENESC SANNICOLAU MARE	1,1281	1475	3,92
375	TM12	SPITALUL ORASENESC FAGET	1,0077	1475	5,80
376	TM15	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA GATAIA	1,3481	1430	11,78
377	TM16	SPITALUL DE PSIHIATRIE SI PENTRU MASURI DE SIGURANTA JEBEL	1,0163	1475	20,23
378	TM17	CENTRUL CLINIC DE EVALUARE SI RECUPERARE PENTRU COPII SI ADOLESCENTI CRISTIAN SERBAN BUZIAS	1,1127	1525	8,46
379	TM22	CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP	1,2869	1525	3,31
380	TM26	CENTRUL MEDICAL SFANTA MARIA	1,4206	1430	2,97
381	TM27	MATERNA CARE	1,1548	1430	2,97
382	TR01	SPITALUL JUDETEAN ALEXANDRIA	1,2757	1500	5,15
383	TR02	SPITALUL MUNICIPAL TURNU MAGURELE	0,9007	1475	3,86
384	TR03	SPITALUL MUNICIPAL "CARITAS" ROSIORII DE VEDE	1,1443	1475	5,04
385	TR04	SPITALUL ORASENESC ZIMNICEA	0,7353	1475	4,46
386	TR05	SPITALUL PNEUMOFTIZIOLOGIE ROSIORII DE VEDE	1,2269	1430	7,27
387	TR08	SPITALUL PSIHIATRIE POROSCHIA	1,5759	1430	7,87
388	TR12	SPITALUL ORASENESC VIDELE	1,0609	1475	5,27
389	VL01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA RAMNICU VALCEA	1,2887	1500	6,71
390	VL03	SPITALUL MUNICIPAL "COSTACHE NICOLESCU" DRAGASANI	0,8910	1475	6,35
391	VL04	SPITALUL ORASENESC HOREZU	1,0007	1475	6,10
392	VL05	SPITALUL ORASENESC BREZOI	1,0975	1475	5,07
393	VL06	SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE "C.ANASTASATU" MIHAESTI	1,0866	1430	6,88
394	VL11	SC INCARMED SRL RAMNICU VALCEA	1,1876	1430	4,00
395	VL15	SC RAPITEST CLINICA SRL	1,6325	1430	3,23
396	VN01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "SF. PANTELIMON" FOCSANI	1,4108	1500	5,54
397	VN02	SPITALUL MUNICIPAL ADJUD	1,2219	1475	5,17
398	VN04	SPITALUL ORASENESC PANCIU	1,0341	1475	4,57
399	VN07	SPITALUL COMUNAL VIDRA	0,8545	1475	5,14
400	VN09	SPITAL MATERNA SRL	1,3042	1430	2,97
401	VS01	SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA VASLUI	1,3817	1500	6,29
402	VS02	SPITALUL MUNICIPAL DE URGENTA "ELENA BELDIMAN" BARLAD	1,3098	1500	5,90
403	VS04	SPITALUL MUNICIPAL HUSI	1,2115	1475	5,76
404	VS07	SPITALUL DE PSIHIATRIE MURGENI	0,8566	1430	7,00

*) ICM pentru anul 2021 este egal cu ICM realizat în anul 2019 propriu spitalului.

***) TCP pentru anul 2021 este egal cu TCP pentru anul 2020.

1. Pentru spitalele nou finanțate pe baza sistemului DRG, TCP pentru anul 2021 este stabilit în funcție de categoria de clasificare a spitalului.

2. TCP-ul pentru anul 2021 se poate majora cu până la 40% pentru poziția 30 (B_02), poziția 55 (B_18) și pentru poziția 67 (B_33), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății și este egal cu TCP-ul pentru anul 2020.

3. TCP-ul pentru anul 2021 se poate majora cu până la 15% pentru poziția 13 (AG02), poziția 29 (B_01), poziția 31 (B_03), poziția 33 (B_05), poziția 51 (B_15), poziția 57 (B_20), poziția 59 (B_22), poziția 61 (B_25), poziția 63 (B_28), poziția 64 (B_29), poziția 69 (B_35), poziția 77 (B_80), poziția 115 (BV03), poziția 137 (CJ03), poziția 203 (GL02), poziția 235 (IS02), poziția 259 (M07), poziția 266 (M15), poziția 320 (PH99), poziția 327 (SB08), poziția 366 (TM01) și poziția 368 (TM03), având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății, și este egal cu TCP-ul pentru anul 2020.

****) Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2021 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2019. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2019 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2019 prevăzute în [anexa nr. 25](#) la prezentul ordin, durata medie de spitalizare n anul 2021 este de 2,97.

Anexa nr. 23B.I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Cod CMD	Categoria majoră de diagnostic	Denumire categorie majoră de diagnostic
---------	--------------------------------	---

0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli și tulburări ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli și tulburări ale ochiului
3	CMD 03	Boli și tulburări ale urechii, nasului, gurii și gâtului
4	CMD 04	Boli și tulburări ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli și tulburări ale sistemului circulator
6	CMD 0 6	Boli și tulburări ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
8	CMD 08	Boli și tulburări ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv
9	CMD 0 9	Boli și tulburări ale pielii, țesutului subcutanat și sânelui
10	CMD 10	Boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice
11	CMD 11	Boli și tulburări ale rinichiului și tractului urinar
12	CMD 12	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli și tulburări ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, naștere și lăuzie
15	CMD 15	Nou-născuți și alți neonatali
16	CMD 16	Boli și tulburări ale sângelui și organelor hematopoietice și tulburări imunologice
17	CMD 17	Tulburări neoplazice (hematologice și neoplasme solide)
18	CMD 18	Boli infecțioase și parazitare
19	CMD 19	Boli și tulburări mentale
20	CMD 2 0	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 2 3	Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate
24		DRG abatere

Anexa nr. 23B.II

Nr. Crt.	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicală sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativă	DMS	Mediana DS în secțiile ATI național
1	0	A	A2010	Oxygenoterapie extracorporala fără chirurgie cardiacă	28,58	-	-
2	0	A	A2021	Intubație vârstă < 16 cu CC	4,1332	17,14	2,00
3	0	A	A2022	Intubație vârstă < 16 fără CC	1,6508	4,28	0,00
4	0	C	A1010	Transplant de ficat	0	-	-
5	0	C	A1020	Transplant de plămân/inimă sau plămân	0	-	-
6	0	C	A1030	Transplant de inimă	0	-	-
7	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilație >95 ore	14,233	17,30	7,00
8	0	C	A1050	Transplant alogenic de măduvă osoasă	0	-	-
9	0	C	A1061	Transplant autolog de măduvă osoasă cu CC catastrofale	0	-	-
10	0	C	A1062	Transplant autolog de măduvă osoasă fără CC catastrofale	0	-	-
11	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0	-	-
12	0	C	A1072	Transplant renal fără transplant de pancreas fără CC catastrofale	0	-	-
13	1	A	B2010	Plasmaferiza cu boli neurologice	0,8002	19,33	0,00
14	1	A	B2020	Monitorizare telemetrică EEG	0,8317	5,24	-
15	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	10,80	0,00
16	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	13,15	1,00
17	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	12,86	1,00
18	1	C	B1023	Craniotomie fără CC	2,5833	10,97	1,00
19	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	7,91	0,00
20	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fără CC catastrofale sau severe	2,0414	6,12	0,00
21	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	7,55	1,00
22	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fără CC catastrofale sau severe	1,4176	4,48	1,00
23	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	2,46	0,00
24	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	4,84	1,00
25	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrală, distrofie musculară, neuropatie fără CC catastrofale sau severe	0,7561	2,85	0,00
26	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	5,09	1,00

27	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sistemului nervos fără CC	0,712	3,88	0,00
28	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale	5,0342	9,86	2,00
29	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale	1,5122	7,54	1,00
30	1	M	B3021	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4,8704	7,35	2,00
31	1	M	B3022	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	1,2601	6,06	0,00
32	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827	-	-
33	1	M	B3040	Demență și alte tulburări cronice ale funcției cerebrale	1,7957	8,67	2,00
34	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	8,73	-
35	1	M	B3052	Delir fără CC catastrofale	0,8884	8,79	1,00
36	1	M	B3060	Paralizie cerebrală	0,3339	6,77	-
37	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	6,84	1,00
38	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0,7624	4,32	1,00
39	1	M	B3081	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	8,17	2,00
40	1	M	B3082	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta >59 fără CC catastrofale sau severe	0,8821	6,74	-
41	1	M	B3083	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta <60 fără CC catastrofale sau severe	0,4032	5,05	1,00
42	1	M	B3091	Scleroză multiplă și ataxia de origine cerebeloasă cu CC	1,8776	5,54	-
43	1	M	B3092	Scleroza multiplă și ataxia de origine cerebeloasă fără CC	0,3591	4,42	-
44	1	M	B3101	AIT și ocluzie precerebrală cu CC catastrofale sau severe	0,9766	6,14	2,00
45	1	M	B3102	AIT și ocluzie precerebrală fără CC catastrofale sau severe	0,4284	5,18	-
46	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	10,62	3,00
47	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	8,08	3,00
48	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fără CC catastrofale sau severe	1,0585	6,73	2,00
49	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	2,08	1,00
50	1	M	B3121	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici cu CC	1,2223	5,72	1,00
51	1	M	B3122	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici fără CC	0,252	5,07	-
52	1	M	B3131	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	9,81	3,00
53	1	M	B3132	Infecții ale sistemului nervos cu excepția meningitei virale fără CC catastrofale sau severe	1,1467	6,79	2,00
54	1	M	B3140	Meningită virală	0,6175	8,27	-
55	1	M	B3150	Stupoare și coma non-traumatică	0,5482	4,62	1,00
56	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	3,28	-
57	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	5,28	2,00
58	1	M	B3172	Atacuri fără CC catastrofale sau severe	0,3717	4,21	1,00
59	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	3,77	-
60	1	M	B3191	Leziune intracraniană cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6,01	2,00
61	1	M	B3192	Leziune intracraniană fără CC catastrofale sau severe	0,8191	4,70	1,00
62	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	4,53	1,00
63	1	M	B3210	Altă leziune a capului	0,2394	3,64	1,00
64	1	M	B3221	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	5,95	1,00
65	1	M	B3222	Alte tulburări ale sistemului nervos fără CC catastrofale sau severe	0,5545	7,94	1,00
66	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	5,73	1,00
67	2	C	C1020	Enucleeri și proceduri ale orbitei	1,1278	3,29	0,00
68	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2,34	1,00
69	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0,8884	3,76	-
70	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	3,45	1,00
71	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2,08	0,00
72	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	3,00	0,00
73	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei și conjunctivei	0,4158	3,11	-
74	2	C	C1090	Proceduri privind căile lacrimare	0,2835	4,03	-
75	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,315	2,64	0,00
76	2	C	C1111	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei	0,8191	2,79	0,00
77	2	C	C1112	Glaucom și proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	-	-

78	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	2,32	1,00
79	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095	-	-
80	2	M	C3011	Infecții oculare acute și majore vârsta > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	4,72	-
81	2	M	C3012	Infecții oculare acute și majore vârsta <55 fără CC catastrofale sau severe	0,7057	4,11	-
82	2	M	C3020	Tulburări neurologice și vasculare ale ochiului	0,4347	4,59	-
83	2	M	C3030	Hifema și traume oculare tratate medical	0,2898	4,08	-
84	2	M	C3041	Alte tulburări ale ochiului cu CC	0,7498	3,75	-
85	2	M	C3042	Alte tulburări ale ochiului fără CC	0,2961	3,80	0,00
86	3	A	D2010	Extracții dentare și restaurare	0,3402	3,04	1,00
87	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afecțiuni ORL	0,2016	-	-
88	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	8,60	1,00
89	3	C	D1021	Proceduri ale capului și gâtului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	4,30	1,00
90	3	C	D1022	Proceduri ale capului și gâtului cu stare malignă sau CC moderate	1,8335	6,65	1,00
91	3	C	D1023	Proceduri ale capului și gâtului fără stare malignă fără CC	1,1152	3,57	1,00
92	3	C	D1030	Cura chirurgicală a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	7,07	0,00
93	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-facială cu CC	1,6193	4,35	0,00
94	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-facială fără CC	0,9325	3,84	1,00
95	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	6,56	1,00
96	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei și urechii medii	0,8947	5,92	0,00
97	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0,5671	4,33	0,00
98	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	3,73	1,00
99	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	2,44	0,00
100	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii și gâtului	0,6427	3,76	1,00
101	3	C	D1110	Miringotomie cu inserție de tub	0,2457	2,75	-
102	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii și glandei salivare	0,4978	3,77	1,00
103	3	M	D3011	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	5,97	0,00
104	3	M	D3012	Stare malignă a urechii, nasului, gurii și gâtului fără CC catastrofale sau severe	0,5608	4,71	0,00
105	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	5,09	1,00
106	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4,15	1,00
107		M	D3041	Otită medie și infecție a căilor respiratorii superioare cu CC	0,5293	4,14	1,00
108	3	M	D3042	Otită medie și infecție a căilor respiratorii superioare fără CC	0,3024	4,15	0,00
109	3	M	D3050	Laringotraheita și epiglotita	0,2394	4,04	-
110	3	M	D3060	Traumatism și diformitate nazale	0,2583	3,33	0,00
111	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul cu CC	0,649	4,47	1,00
112	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura și gâtul fără CC	0,2457	4,60	0,00
113	3	M	D3081	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor	0,5293	3,56	0,00
114	3	M	D3082	Tulburări orale și dentare cu excepția extracțiilor și reconstituirilor de zi	0,1449	-	-
115	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	8,30	3,00
116	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilație neinvazivă	2,6337	7,93	1,00
117	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	-	-
118	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	10,64	1,00
119	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fără CC catastrofale	2,1989	7,60	1,00
120	4	C	E1021	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	6,89	1,00
121	4	C	E1022	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	2,93	0,00
122	4	C	E1023	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului respirator fără CC catastrofale sau severe	0,6112	4,70	1,00
123	4	M	E3011	Fibroză cistică cu CC catastrofale sau severe	2,6652	8,93	-
124	4	M	E3012	Fibroză cistică fără CC catastrofale sau severe	2,0036	4,71	-
125	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	8,47	2,00
126	4	M	E3022	Embolism pulmonar fără CC catastrofale sau severe	0,7876	7,39	-
127	4	M	E3031	Infecții respiratorii/inflamații cu CC catastrofale	1,6697	7,23	2,00
128	4	M	E3032	Infecții respiratorii/inflamații cu CC severe sau moderate	0,9703	6,24	1,00
129	4	M	E3033	Infecții respiratorii/inflamații fără CC	0,5608	5,70	1,00
130	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	3,06	-
131	4	M	E3050	Edem pulmonar și insuficiență respiratorie	0,8758	5,62	2,00

132	4	M	E3061	Boală cronică obstructivă a căilor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	7,33	2,00
133	4	M	E3062	Boala cronică obstructivă a căilor respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0,6805	6,61	-
134	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă>69 cu CC	1,4302	5,56	2,00
135	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă>69 sau cu CC	0,7435	4,76	2,00
136	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui vârstă<70 fără CC	0,4032	3,99	-
137	4	M	E3081	Semne și simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	5,05	-
138	4	M	E3082	Semne și simptome respiratorii fără CC catastrofale sau severe	0,3087	3,82	-
139	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	6,51	1,00
140	4	M	E3101	Bronșită și astm vârstă>49 cu CC	0,7624	6,73	2,00
141	4	M	E3102	Bronșită și astm vârstă>49 sau cu CC	0,5041	4,77	2,00
142	4	M	E3103	Bronșită și astm vârstă<50 fără CC	0,3339	4,44	-
143	4	M	E3111	Tuse convulsivă și bronșiolită acută cu CC	1,0396	5,10	3,00
144	4	M	E3112	Tuse convulsivă și bronșiolită acută fără CC	0,5608	4,16	-
145	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	5,81	1,00
146	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	5,16	1,00
147	4	M	E3123	Tumori respiratorii fără CC	0,4725	4,23	-
148	4	M	E3130	Probleme respiratorii apărute în perioada neonatală	0,9829	-	-
149	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	8,24	3,00
150	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	7,24	2,00
151	4	M	E3143	Revarsat pleural fără CC catastrofale sau severe	0,6049	6,45	-
152	4	M	E3151	Boala interstițială pulmonară cu CC catastrofale	1,676	6,49	3,00
153	4	M	E3152	Boala interstițială pulmonară cu CC severe	1,153	5,33	2,00
154	4	M	E3153	Boala interstițială pulmonară fără CC catastrofale sau severe	0,6616	4,86	1,50
155	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă>64 cu CC	0,9388	7,08	1,00
156	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă>64 sau cu CC	0,6364	4,87	1,00
157	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator vârstă<65 fără CC	0,3843	3,58	-
158	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	8,33	3,00
159	5	A	F2021	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1,7327	4,64	2,00
160	5	A	F2022	Tulburări circulatorii cu IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	1,0648	4,98	-
161	5	A	F2031	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă cu diagnostic principal complex	1,0396	3,65	1,00
162	5	A	F2032	Tulburări circulatorii fără IMA cu proceduri de investigație cardiacă invazivă fără diagnostic principal complex	0,5608	2,63	-
163	5	C	F1011	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	6,68	1,00
164	5	C	F1012	Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fără CC catastrofale sau severe	6,3195	-	-
165	5	C	F1020	Implant/Înlocuire componentă AICD	6,3447	7,77	-
166	5	C	F1030	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB cu investigație cardiacă invazivă	8,8524	14,86	2,00
167	5	C	F1041	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale	6,1557	15,06	2,00
168	5	C	F1042	Procedura de valvă cardiacă cu pompă CPB fără investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale	4,3663	14,07	3,00
169	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	20,05	2,00
170	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigații cardiace invazive fără CC catastrofale	4,9397	11,83	2,00
171	5	C	F1061	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	13,89	2,00
172	5	C	F1062	Bypass coronarian fără investigații cardiace invazive fără CC catastrofale sau severe	3,0999	15,56	4,00
173	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB cu CC catastrofale	7,523	16,54	2,00
174	5	5	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompă CPB fără CC catastrofale	4,5365	16,77	2,00
175	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompă CPB cu CC catastrofale	5,2232	9,51	1,00
176	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstrucție vasculară fără pompă CPB fără CC catastrofale	2,5266	6,45	1,00
177	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB cu CC catastrofale	4,1143	6,76	1,00

178	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fără pompă CPB fără CC catastrofale	2,6715	5,55	1,00
179	5	C	F1100	Intervenție coronară percutanată cu IMA	1,8461	6,03	2,00
180	5	C	F1111	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior cu CC catastrofale	5,9037	15,12	1,00
181	5	C	F1112	Amputație pentru sistemul circulator cu excepția membrului superior și a degetului de la picior fără CC catastrofale	2,9487	14,54	0,00
182	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	6,08	1,00
183	5	C	F1130	Amputație a membrului superior și a degetului pentru tulburări ale sistemului circulator	2,3375	11,58	0,00
184	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB cu CC catastrofale	3,1881	5,35	1,00
185	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB cu CC severe	1,342	5,01	1,00
186	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompă CPB fără CC catastrofale sau severe	0,9388	4,36	1,00
187	5	C	F1150	Intervenție coronară percutanată fără IMA cu implantare de stent	1,2853	3,69	0,00
188	5	C	F1160	Intervenție coronară percutanată fără IMA fără implantare de stent	1,2538	3,77	-
189	5	C	F1170	Înlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	4,62	-
190	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptând înlocuirea dispozitivului	1,216	4,81	-
191	5	C	F1190	Altă intervenție percutanată cardiacă transvasculară	1,5689	5,29	0,00
192	5	C	F1200	Ligatura venelor și stripping	0,6616	4,08	0,00
193	5	C	F1211	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	8,57	1,00
194	5	C	F1212	Alte proceduri în sala de operații privind sistemul circulator fără CC catastrofale	1,2601	7,03	1,00
195	5	M	F3011	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6,88	3,00
196	5	M	F3012	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă fără CC catastrofale sau severe	0,6553	4,29	1,00
197	5	M	F3013	Tulburări circulatorii cu IMA fără proceduri de investigație cardiacă invazivă, decedat	0,7561	2,76	0,00
198	5	M	F3020	Endocardita infecțioasă	2,7471	19,07	1,00
199	5	M	F3031	Insuficiență cardiacă și șoc cu CC catastrofale	1,6886	6,39	1,00
200	5	M	F3032	Insuficiență cardiacă și șoc fără CC catastrofale	0,7561	6,05	2,00
201	5	M	F3041	Tromboză venoasă cu CC catastrofale sau severe	1,2538	7,28	2,00
202	5	M	F3042	Tromboză venoasă fără CC catastrofale sau severe	0,5734	6,37	-
203	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburări circulatorii	1,5689	6,93	1,00
204	5	M	F3061	Tulburări vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	5,77	1,00
205	5	M	F3062	Tulburări vasculare periferice fără CC catastrofale sau severe	0,4284	5,67	1,00
206	5	M	F3071	Ateroscleroză coronariană cu CC	0,5482	5,18	1,00
207	5	M	F3072	Ateroscleroză coronariană fără CC	0,2646	3,73	-
208	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	5,00	1,00
209	5	M	F3082	Hipertensiune fără CC	0,3528	4,73	-
210	5	M	F3090	Boală congenitală de inimă	0,378	4,28	-
211	5	M	F3101	Tulburări valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	5,60	2,00
212	5	M	F3102	Tulburări valvulare fără CC catastrofale sau severe	0,252	3,80	-
213	5	M	F3111	Aritmie majoră și stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	5,69	1,00
214	5	M	F3112	Aritmie majoră și stop cardiac fără CC catastrofale sau severe	0,4473	4,10	1,00
215	5	M	F3121	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	5,64	1,00
216	5	M	F3122	Aritmie non-majoră și tulburări de conducere fără CC catastrofale sau severe	0,3654	3,97	1,00
217	5	M	F3131	Angină instabilă cu CC catastrofale sau severe	0,8317	5,79	2,00
218	5	M	F3132	Angină instabilă fără CC catastrofale sau severe	0,4221	4,10	2,00
219	5	M	F3141	Sincopa și colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	4,92	1,00
220	5	M	F3142	Sincopa și colaps fără CC catastrofale sau severe	0,2961	3,29	-
221	5	M	F3150	Durere toracică	0,2646	3,16	-
222	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	6,90	1,00
223	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	6,31	1,00
224	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastrofale sau severe	0,523	3,97	1,00
225	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	5,81	2,00
226	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	-	-

227	6	A	G2020	Colonoscopie complexă	0,4032	-	-
228	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	3,98	0,00
229	6	A	G2032	Alte colonoscopii fără CC catastrofale sau severe	0,6364	3,26	0,00
230	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	-	-
231	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4,05	0,00
232	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	-	-
233	6	A	G2051	Gastroscopie complexă cu CC catastrofale sau severe	1,8335	4,83	0,00
234	6	A	G2052	Gastroscopie complexă fără CC catastrofale sau severe	0,838	3,68	0,00
235	6	A	G2053	Gastroscopie complexă, de zi	0,2394	-	-
236	6	C	G1011	Rezecție rectală cu CC catastrofale	4,694	14,77	2,00
237	6	C	G1012	Rezecție rectală fără CC catastrofale	2,6841	12,84	1,00
238	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros cu CC catastrofale	4,4356	12,42	1,00
239	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subțire și gros fără CC catastrofale	2,1359	9,52	1,00
240	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului cu stare malignă	5,0909	10,44	2,00
241	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă cu CC catastrofale sau severe	3,8182	6,64	1,00
242	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignă fără CC catastrofale sau severe	1,3672	4,35	1,00
243	6	C	G1041	Aderențe peritoneale vârstă > 49 cu CC	2,892	7,65	1,00
244	6	C	G1042	Aderențe peritoneale vârstă > 49 sau cu CC	1,7579	5,50	1,00
245	6	C	G1043	Aderențe peritoneale vârstă < 50 fără CC	1,0459	4,59	1,00
246	6	C	G1051	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros cu CC	1,9532	7,21	1,00
247	6	C	G1052	Proceduri minore pe intestinul subțire și gros fără CC	1,0963	5,66	1,00
248	6	C	G1060	Piloromotomie	1,0648	-	-
249	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	5,01	1,00
250	6	C	G1072	Apendicectomie fără CC catastrofale sau severe	0,8443	4,24	0,00
251	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârstă > 59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	6,68	1,00
252	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominală și alte hernii vârsta 1 la 59 fără CC catastrofale sau severe	0,5923	5,03	0,00
253	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinală și femurală vârstă > 0	0,5797	4,90	0,00
254	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie vârstă < 1	0,5293	3,52	0,00
255	6	C	G1111	Proceduri anale și la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	5,09	0,00
256	6	C	G1112	Proceduri anale și la nivelul stomei fără CC catastrofale sau severe	0,4221	4,27	0,00
257	6	C	G1121	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	7,18	1,00
258	6	C	G1122	Alte proceduri în sala de operații la nivelul sistemului digestiv fără CC catastrofale sau severe	0,8317	5,87	1,00
259	6	M	G3011	Stare malignă digestivă cu CC catastrofale sau severe	0,9766	4,27	1,00
260	6	M	G3012	Stare malignă digestivă fără CC catastrofale sau severe	0,5041	3,31	1,00
261	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinală vârstă > 64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	5,39	2,00
262	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinală vârstă < 65 fără CC catastrofale sau severe	0,2583	4,35	2,00
263	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	5,11	-
264	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	4,83	-
265	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	3,63	-
266	6	M	G3061	Ocluzie intestinală cu CC	0,9703	4,65	2,00
267	6	M	G3062	Ocluzie intestinală fără CC	0,4473	3,93	1,00
268	6	M	G3071	Durere abdominală sau adenită mezenterică cu CC	0,4725	3,42	1,00
269	6	M	G3072	Durere abdominală sau adenita mezenterica fără CC	0,2331	2,79	-
270	6	M	G3081	Esofagită, gastroenterită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârstă > 9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	4,71	2,00
271	6	M	G3082	Esofagită, gastroenterită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârstă > 9 ani fără CC catastrofale/severe	0,2709	4,26	1,00
272	6	M	G3091	Gastroenterită vârstă < 10 ani cu CC	0,7498	3,49	1,00
273	6	M	G3092	Gastroenterită vârstă < 10 ani fără CC	0,3402	3,21	-
274	6	M	G3100	Esofagită și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârstă < 10 ani	0,3717	2,72	1,00
275	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0,7813	4,15	1,00
276	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fără CC	0,2394	3,63	0,00
277	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sângerânde	1,9469	7,73	2,00

278	7	A	H2021	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopică cu CC catastrofale sau severe	2,0099	6,47	1,00
279	7	A	H2022	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC catastrofale sau severe	0,838	4,53	-
280	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopică cu CC catastrofale sau severe	1,8083	6,59	0,00
281	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopică cu CC moderate	1,0144	4,39	0,00
282	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopică fără CC	0,586	4,05	0,00
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt cu CC catastrofale	5,5572	11,00	1,00
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat și shunt fără CC catastrofale	2,4825	8,22	1,00
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare malignă sau CC catastrofale	4,234	10,47	1,00
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă cu (CC moderate sau severe)	2,3753	7,59	1,00
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fără stare malignă fără CC	1,3294	5,95	0,00
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,432	5,97	1,00
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fără CC catastrofale sau severe	1,0648	5,14	1,00
290	7	C	H1040	Alte proceduri în sala de operații hepatobiliare și pancreatice	2,4825	5,64	1,00
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisă cu explorarea închisă a CBP sau cu CC catastrofale	3,478	9,43	1,00
292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisă fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale	1,5563	9,19	1,00
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopică cu explorarea închisă a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	5,51	1,00
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopică fără explorarea închisă a CBP fără CC catastrofale sau severe	0,8443	4,42	1,00
295	7	M	H3011	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC catastrofale	1,9406	6,96	2,00
296	7	M	H3012	Ciroza și hepatita alcoolică cu CC severe	0,9136	6,51	2,00
297	7	M	H3013	Ciroza și hepatita alcoolică fără CC catastrofale sau severe	0,4347	5,62	1,00
298	7	M	H3021	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta > 69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	5,42	1,00
299	7	M	H3022	Stare malignă a sistemului hepatobiliar și pancreasului (vârsta>69 fără CC catastrofale sau severe) sau fără CC catastrofale	0,6301	4,24	1,00
300	7	M	H3031	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	6,61	3,00
301	7	M	H3032	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne fără CC catastrofale sau severe	0,5797	5,56	2,00
302	7	M	H3041	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	5,55	2,00
303	7	M	H3042	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0,4095	4,86	1,00
304	7	M	H3051	Tulburări ale tractului biliar cu CC	0,8569	4,87	2,00
305	7	M	H3052	Tulburări ale tractului biliar fără CC	0,3465	3,96	1,00
306	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremităților inferioare	5,7966	19,02	1,00
307	8	C	I1021	Transfer de țesut microrvascular sau (grefă de piele cu CC catastrofale sau severe), cu excepția mâinii	6,9181	6,97	1,00
308	8	C	I1022	Grefe pe piele fără CC catastrofale sau severe, cu excepția mâinii	2,7534	4,77	1,00
309	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	16,64	1,00
310	8	C	I1032	Înlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fără CC catastrofale sau severe	3,3834	11,22	1,00
311	8	C	I1033	Înlocuire șold fără CC catastrofale sau severe	2,7597	10,73	1,00
312	8	C	I1040	Înlocuire și reatașare de genunchi	2,892	10,35	1,00
313	8	C	I1050	Alte proceduri majore de înlocuire a articulațiilor și reatașare a unui membru	2,6652	7,52	1,00
314	8	C	I1060	Artrodeza vertebrală cu diformitate	6,1683	14,35	1,00
315	8	C	I1070	Amputație	4,8767	17,37	1,00
316	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	11,38	1,00
317	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul șoldului și al femurului fără CC catastrofale sau severe	1,928	10,57	0,00
318	8	C	I1091	Artrodeza vertebrală cu CC catastrofale sau severe	5,6517	7,57	0,00
319	8	C	I1092	Artrodeza vertebrală fără CC catastrofale sau severe	3,0432	7,44	0,00
320	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui și gâtului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	7,86	0,00

321	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui și gâtului fără CC catastrofale sau severe	1,3546	6,47	0,00
322	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2,0603	5,77	1,00
323	8	C	I1121	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	9,56	0,00
324	8	C	I1122	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	6,32	0,00
325	8	C	I1123	Infecții/inflamații ale oaselor și articulațiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular și țesutului conjunctiv fără CC catastrofale sau severe	1,3546	6,19	0,00
326	8	C	I1131	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	8,67	0,00
327	8	C	I1132	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârstă > 59 fără CC catastrofale sau severe	1,6004	8,55	0,00
328	8	C	I1133	Proceduri ale humerusului, tibiei, fibulei și gleznei vârstă < 60 fără CC catastrofale sau severe	1,2034	7,07	0,00
329	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputație	1,487	9,31	0,00
330	8	C	I1150	Chirurgie cranio-facială	1,9343	9,32	2,00
331	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umărului	0,8695	3,53	0,00
332	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-facială	1,4113	5,87	1,00
333	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	3,39	0,00
334	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului și antebrățului	0,9829	4,79	0,00
335	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	5,61	0,00
336	8	C	I1210	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare a șoldului și femurului	0,8506	4,86	0,00
337	8	C	I1220	Excizie locală și îndepărtare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv șold și femur	0,4221	3,24	0,00
338	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	2,39	0,00
339	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor și a încheieturilor, incluzând biopsia	1,8146	4,01	1,00
340	8	C	I1251	Proceduri la nivelul țesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	5,75	0,00
341	8	C	I1252	Proceduri la nivelul țesuturilor moi fără CC catastrofale sau severe	0,6868	4,23	0,00
342	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv cu CC	2,4699	4,79	0,00
343	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul țesutului conjunctiv fără CC	0,7435	3,85	0,00
344	8	C	I1270	Reconstrucție sau revizie a genunchiului	1,0711	2,96	1,00
345	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mâinii	0,5545	3,11	0,00
346	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	4,94	-
347	8	M	I3020	Fracturi ale extremității distale femurale	1,3483	5,22	-
348	8	M	I3030	Entorse, luxații și dislocări ale șoldului, pelvisului și coapsei	0,5356	4,27	0,00
349	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2,0162	11,30	-
350	8	M	I3042	Osteomielita fără CC	0,712	7,93	-
351	8	M	I3051	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică cu CC catastrofale sau severe	1,3609	5,36	0,00
352	8	M	I3052	Stare malignă a țesutului conjunctiv, incluzând fractura patologică tologica fără CC catastrofale sau severe	0,5671	3,75	0,00
353	8	M	I3061	Tulburări inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	5,32	1,00
354	8	M	I3062	Tulburări inflamatorii musculoscheletale fără CC catastrofale sau severe	0,4221	4,85	-
355	8	M	I3071	Artrită septică cu CC catastrofale sau severe	2,3564	8,94	-
356	8	M	I3072	Artrită septică fără CC catastrofale sau severe	0,7939	7,31	-
357	8	M	I3081	Tulburări nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	5,68	1,00
358	8	M	I3082	Tulburări nechirurgicale ale coloanei fără CC	0,6049	4,84	1,00
359	8	M	I3083	Tulburări nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,189	-	-
360	8	M	I3091	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârstă > 74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6,38	-
361	8	M	I3092	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârstă > 74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	4,95	1,00
362	8	M	I3093	Boli ale oaselor și atropatii specifice vârstă < 75 fără CC catastrofale sau severe	0,2898	4,04	1,00
363	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	5,51	-
364	8	M	I3111	Alte tulburări musculotendinoase vârstă > 69 cu CC	0,8695	6,11	-
365	8	M	I3112	Alte tulburări musculotendinoase vârstă > 69 sau cu CC	0,4032	5,46	-
366	8	M	I3113	Alte tulburări musculotendinoase vârstă < 70 fără CC	0,2646	3,87	-
367	8	M	I3121	Tulburări musculotendinoase specifice vârstă > 79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	5,44	-

368	8	M	I3122	Tulburări musculotendinoase specifice vârstă < 80 fără CC catastrofale sau severe	0,3339	4,03	0,00
369	8	M	I3131	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârstă > 59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	9,93	-
370	8	M	I3132	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârstă>59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	5,93	0,00
371	8	M	I3133	Îngrijiri postprocedurale ale implanturilor/protezelor musculoscheletale vârstă<60 fără CC catastrofale sau severe	0,3465	3,73	-
372	8	M	I3141	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă>74 cu CC	1,1026	3,96	-
373	8	M	I3142	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă>74 sau cu CC	0,4284	3,08	1,00
374	8	M	I3143	Leziuni ale antebrăului, pumnului, mâinii sau piciorului vârstă<75 fără CC	0,2835	2,52	0,00
375	8	M	I3151	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârstă>64 cu CC	1,3861	4,47	0,00
376	8	M	I3152	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei vârstă>64 sau cu CC	0,586	3,77	0,00
377	8	M	I3153	Leziuni ale umărului, brațului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, vârstă<65 fără CC	0,2961	3,11	0,00
378	8	M	I3161	Alte tulburări musculoscheletale vârstă>69 cu CC	1,1467	6,66	-
379	8	M	I3162	Alte tulburări musculoscheletale vârstă>69 sau cu CC	0,4788	4,66	0,00
380	8	M	I3163	Alte tulburări musculoscheletale vârstă<70 fără CC	0,2583	3,29	0,00
381	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	6,01	2,00
382	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fără CC catastrofale sau severe	0,9262	5,00	-
383	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	6,46	1,00
384	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fără CC catastrofale sau severe	0,4284	5,09	1,00
385	9	C	J1010	Transfer de țesut microvascular pentru piele, țesut subcutanat și tulburări ale sânelui	4,8137	8,05	0,00
386	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afecțiuni maligne ale sânelui	1,2097	7,49	1,00
387	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afecțiuni nemaligne ale sânelui	0,9829	4,64	0,00
388	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afecțiuni maligne ale sânelui	0,5482	3,59	0,00
389	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afecțiuni nemaligne ale sânelui	0,378	3,25	0,00
390	9	C	J1041	Altă grefă a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	4,93	0,00
391	9	C	J1042	Altă grefă a pielii si/sau proceduri de debridare fără CC catastrofale sau severe	0,6112	4,01	0,00
392	9	C	J1050	Proceduri perianale și pilonidale	0,4978	3,60	0,00
393	9	C	J1060	Proceduri în sala de operații ale pielii, țesutului subcutanat și chirurgie plastică la nivelul sânelui	0,4473	3,79	0,00
394	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, țesutului subcutanat și sânelui	0,2709	3,88	0,00
395	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	9,20	1,00
396	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fără CC catastrofale cu grefă de piele/lambou de reparare	2,6148	14,76	0,00
397	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fără CC catastrofale fără grefă de piele/lambou de reparare	1,7768	6,78	0,00
398	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulita cu grefă de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	8,56	-
399	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fără ulcer/celulită fără (grefă de piele și (CC catastrofale sau severe)	0,8947	5,04	0,00
400	9	C	J1100	Reconstrucții majore ale sânelui	3,5347	9,78	-
401	9	M	J3011	Ulcerații ale pielii	1,4491	6,98	2,00
402	9	M	J3012	Ulcerație ale pielii, de zi	0,126	-	-
403	9	M	J3021	Tulburări maligne ale sânelui (vârstă > 69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	4,18	1,00
404	9	M	J3022	Tulburări maligne ale sânelui (vârstă>69 fără CC) sau fără (CC catastrofale sau severe)	0,2394	3,00	0,00
405	9	M	J3030	Tulburări nemaligne ale sânelui	0,2772	3,42	-
406	9	M	J3041	Celulita vârstă>59 cu CC catastrofale sau severe	1,342	7,68	1,00
407	9	M	J3042	Celulita (vârstă>59 fără CC catastrofale sau severe) sau vârstă<60	0,5608	5,44	1,00
408	9	M	J3051	Trauma a pielii, țesutului subcutanat și sânelui vârstă>69	0,5545	4,81	1,00
409	9	M	J3052	Trauma a pielii, țesutului subcutanat și sânelui vârstă<70	0,2709	3,15	1,00
410	9	M	J3061	Tulburări minore ale pielii	0,5923	4,11	0,00
411	9	M	J3062	Tulburări minore ale pielii, de zi	0,1575	-	-

412	9	M	J3071	Tulburări majore ale pielii	0,9199	4,69	1,00
413	9	M	J3072	Tulburări majore ale pielii, de zi	0,0882	-	-
414	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburări metabolice fără CC, de zi	0,3843	-	-
415	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	9,36	1,00
416	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	11,01	1,00
417	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	8,08	1,00
418	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	5,12	1,00
419	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	4,51	0,00
420	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	4,64	1,00
421	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	3,07	-
422	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	5,01	1,00
423	10	C	K1090	Alte proceduri în sala de operații la nivel endocrin, nutrițional și metabolic	2,7849	5,30	1,00
424	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,279	5,83	2,00
425	10	M	K3012	Diabet fără CC catastrofale sau severe	0,5734	5,08	2,00
426	10	M	K3020	Perturbare nutrițională severă	2,306	5,54	2,00
427	10	M	K3031	Diverse tulburări metabolice cu CC catastrofale	1,5185	5,82	2,00
428	10	M	K3032	Diverse tulburări metabolice vârstă>74 sau cu CC severe	0,7246	4,16	2,00
429	10	M	K3033	Diverse tulburări metabolice vârstă<75 fără CC catastrofale sau severe	0,3843	3,18	1,00
430	10	M	K3040	Erori înnăscute de metabolism	0,4158	3,44	0,00
431	10	M	K3051	Tulburări endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	4,00	1,00
432	10	M	K3052	Tulburări endocrine fără CC catastrofale sau severe	0,4851	3,36	0,00
433	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	3,64	0,00
434	11	A	L2020	Cistoureteroscopie, de zi	0,2016	-	-
435	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeală pentru litiaza urinară	0,3969	3,23	0,00
436	11	C	L1011	Inserție operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	14,87	-
437	11	C	L1012	Inserție operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fără CC catastrofale sau severe	1,1971	-	-
438	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	10,24	1,00
439	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori fără CC catastrofale sau severe	2,7345	8,22	1,00
440	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	6,17	1,00
441	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	5,40	1,00
442	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, și vezicii urinare pentru tumori benigne fără CC	1,279	4,96	1,00
443	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	8,10	0,00
444	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fără CC catastrofale sau severe	0,8821	7,54	0,00
445	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	5,57	0,00
446	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fără CC catastrofale sau severe	0,6364	4,54	0,00
447	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,279	5,40	0,00
448	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu excepția prostatectomiei fără CC catastrofale sau severe	0,523	4,19	0,00
449	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	5,02	0,00
450	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fără CC	0,5419	4,40	0,00
451	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	4,946	7,85	1,00
452	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar cu CC severe	2,1233	5,56	0,00
453	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburări ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	1,0459	3,84	0,00
454	11	M	L3011	Insuficiență renală cu CC catastrofale	2,2556	7,65	1,00
455	11	M	L3012	Insuficiență renală cu CC severe	1,216	6,21	1,00
456	11	M	L3013	Insuficiență renală fără CC catastrofale sau severe	0,6364	4,69	1,00
457	11	M	L3020	Internare pentru dializa renală	0,0945	-	-
458	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	4,73	0,00
459	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0,6112	2,89	0,00

460	11	M	L3041	Infecții ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	5,69	1,00
461	11	M	L3042	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârstă>69 sau cu CC severe	0,7435	5,62	1,00
462	11	M	L3043	Infecții ale rinichiului și tractului urinar vârstă<70 fără CC catastrofale sau severe	0,4284	4,62	0,00
463	11	M	L3050	Pietre și obstrucție urinară	0,3276	3,57	0,00
464	11	M	L3061	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	4,46	1,00
465	11	M	L3062	Semne și simptome ale rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0,3339	3,63	0,00
466	11	M	L3070	Strictura uretrala	0,3528	4,23	0,00
467	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	6,50	1,50
468	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar cu CC severe	0,8947	4,34	1,00
469	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului și tractului urinar fără CC catastrofale sau severe	0,3087	3,53	0,00
470	12	A	M2010	Cistoureoscopia fără CC, de zi	0,189	-	-
471	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la bărbat	2,7723	11,98	2,00
472	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	7,94	1,00
473	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fără CC catastrofale sau severe	0,8695	7,33	1,00
474	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	3,58	0,00
475	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fără CC	0,5734	3,22	0,00
476	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	4,28	0,00
477	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fără CC	0,441	3,74	0,00
478	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	2,63	0,00
479	12	C	M1061	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea malignă	1,9217	3,37	0,00
480	12	C	M1062	Alte proceduri chirurgicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptând cele pentru starea malignă	0,6049	6,20	0,00
481	12	M	M3011	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	4,61	0,00
482	12	M	M3012	Stare malignă a sistemului reproductiv masculin fără CC catastrofale sau severe	0,3465	2,82	0,00
483	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benignă cu CC catastrofale sau severe	1,0837	4,44	1,00
484	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benignă fără CC catastrofale sau severe	0,2835	3,67	-
485	12	M	M3031	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	4,93	0,00
486	12	M	M3032	Inflamații ale sistemului reproductiv masculin fără CC	0,3402	4,14	0,00
487	12	M	M3040	Sterilizare, bărbați	0,2646	-	-
488	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,252	3,12	0,00
489	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afecțiuni ale sistemului reproductiv feminin	0,189	-	-
490	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului și vulvectomie radicala	3,3456	9,99	1,00
491	13	C	N1021	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor cu CC	3,0243	7,07	1,00
492	13	C	N1022	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă ovariană sau a anexelor fără CC	1,6949	5,46	1,00
493	13	C	N1031	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor cu CC	2,5833	5,11	1,00
494	13	C	N1032	Proceduri uterine și ale anexelor pentru stare malignă non-ovariană sau a anexelor fără CC	1,5878	4,30	1,00
495	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemalignă	1,1719	7,13	1,00
496	13	C	N1051	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	7,03	1,00
497	13	C	N1052	Ovariectomie și proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fără CC catastrofale sau severe	0,9955	5,41	1,00
498	13	C	N1060	Proceduri de reconstrucție ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	5,54	1,00
499	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin și anexe pentru stare nemalignă	0,5104	2,82	1,00
500	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	3,93	1,00
501	13	C	N1090	Conizație, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin și vulvei	0,3087	2,69	0,00
502	13	C	N1100	Curetaj diagnostic și histeroscopie diagnostică	0,2898	2,12	0,00
503	13	C	N1111	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârstă>64 cu stare malignă sau cu CC	2,8668	3,43	1,00
504	13	C	N1112	Alte proceduri în sala de operații ale sistemului reproductiv feminin vârstă<65 fără neoplasm fără CC	0,3717	2,42	0,00

505	13	M	N3011	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	5,09	0,00
506	13	M	N3012	Stare malignă a sistemului reproductiv feminin fără CC catastrofale sau severe	0,5797	3,33	0,00
507	13	M	N3020	Infecții, sistem reproductiv feminin	0,3969	3,49	1,00
508	13	M	N3031	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	3,25	1,00
509	13	M	N3032	Tulburări menstruale și alte tulburări ale sistemului genital feminin fără CC	0,1827	2,77	1,00
510	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcină, naștere sau lăuzie	0,189	-	-
511	14	C	O1011	Naștere prin cezariană cu CC catastrofale	2,3123	6,07	1,00
512	14	C	O1012	Naștere prin cezariană cu CC severe	1,5752	5,22	1,00
513	14	C	O1013	Naștere prin cezariană fără CC catastrofale sau severe	1,2223	4,89	1,00
514	14	C	O1021	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1,2412	4,85	0,00
515	14	C	O1022	Naștere vaginală cu proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0,9388	4,44	0,00
516	14	C	O1030	Sarcină ectopică	0,8128	4,89	1,00
517	14	C	O1040	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0,586	2,80	0,00
518	14	C	O1050	Avort cu proceduri în sala de operații	0,2835	2,33	0,00
519	14	M	O3011	Naștere vaginală cu CC catastrofale sau severe	1,027	4,73	1,00
520	14	M	O3012	Naștere vaginală fără CC catastrofale sau severe	0,7309	4,59	1,00
521	14	M	O3013	Naștere vaginală singulară fără complicații fără alte afecțiuni	0,6238	4,52	0,00
522	14	M	O3020	Postpartum și post avort cu proceduri în sala de operații	0,3402	6,02	1,00
523	14	M	O3030	Avort fără proceduri în sala de operații	0,2394	2,64	-
524	14	M	O3041	Travaliu fals înainte de 37 săptămâni sau cu CC catastrofale	0,3276	3,11	-
525	14	M	O3042	Travaliu fals după 37 săptămâni fără CC catastrofale	0,1449	2,65	-
526	14	M	O3051	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice	0,3654	3,14	1,00
527	14	M	O3052	Internare prenatală și pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	-	-
528	15	C	P1010	Nou-născut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, cu proceduri semnificative în sala de operații	0,7561	1,58	-
529	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-născuți	15,733	-	-
530	15	C	P1030	Nou- născut, greutate la internare 1000 - 1499 g cu procedură semnificativă în sala de operații	12,438	27,71	15,00
531	15	C	P1040	Nou- născut, greutate la internare 1500 - 1999 g cu procedura semnificativă în sala de operații	9,9109	29,27	17,00
532	15	C	P1050	Nou- născut, greutate la internare 2000 - 2499 g cu procedura semnificativă în sala de operații	6,414	22,37	13,00
533	15	C	P1061	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	10,163	28,33	11,00
534	15	C	P1062	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme multiple majore	3,27	4,55	5,00
535	15	M	P3011	Nou- născut externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de internare, fără procedura semnificativă în sala de operații, cu diagnostic neonatal	0,2709	1,16	1,00
536	15	M	P3012	Nou- născut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval < 5 zile de la internare, fără procedura semnificativă în sala de operații, fără diagnostic neonatal	0,4536	1,14	1,00
537	15	M	P3020	Nou- născut, greutate la internare < 750 g	22,689	30,23	-
538	15	M	P3030	Nou- născut, greutate la internare 750-999 g	15,758	26,26	19,00
539	15	M	P3040	Nou- născut, greutate la internare 1000-1249 g fără procedura semnificativă în sala de operații	6,0801	9,02	9,00
540	15	M	P3050	Nou- născut, greutate la internare 1250-1499 g fără procedura semnificativă în sala de operații	4,5113	15,42	10,00
541	15	M	P3061	Nou- născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	4,6751	20,15	13,00
542	15	M	P3062	Nou- născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	3,1944	10,94	6,50
543	15	M	P3063	Nou- născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	2,3312	9,33	5,00
544	15	M	P3064	Nou- născut, greutate la internare 1500-1999 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme	2,1296	-	-
545	15	M	P3071	Nou- născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2,5581	11,60	7,00

546	15	M	P3072	Nou- născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	2,0918	7,25	4,00
547	15	M	P3073	Nou- născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	1,4176	6,22	3,00
548	15	M	P3074	Nou- născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme	0,6301	4,95	-
549	15	M	P3081	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme multiple majore	2,2934	7,17	6,00
550	15	M	P3082	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	1,3042	4,37	3,00
551	15	M	P3083	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	0,7309	4,10	2,00
552	15	M	P3084	Nou- născut, greutate la internare > 2499 g fără procedura semnificativă în sala de operații, fără probleme	0,315	3,49	1,00
553	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	10,60	1,00
554	16	C	Q1021	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	5,03	1,00
555	16	C	Q1022	Alte proceduri în sala de operații ale sângelui și organelor hematopoietice fără CC catastrofale sau severe	0,6175	4,68	1,00
556	16	M	Q3011	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	4,55	1,00
557	16	M	Q3012	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe cu stare malignă	0,712	4,42	-
558	16	M	Q3013	Tulburări reticuloendoteliale și de imunitate fără CC catastrofale sau severe fără stare malignă	0,2331	4,01	0,00
559	16	M	Q3021	Tulburări ale globulelor roșii cu CC catastrofale	1,3168	5,92	1,00
560	16	M	Q3022	Tulburări ale globulelor roșii cu CC severe	0,649	5,28	0,00
561	16	M	Q3023	Tulburări ale globulelor roșii fără CC catastrofale sau severe	0,2268	4,37	1,00
562	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	5,15	1,00
563	17	C	R1011	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	8,62	1,00
564	17	C	R1012	Limfom și leucemie cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	2,0162	5,96	1,00
565	17	C	R1021	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, cu CC catastrofale sau severe	3,396	7,53	1,00
566	17	C	R1022	Alte tulburări neoplazice cu proceduri majore în sala de operații, fără CC catastrofale sau severe	1,8398	4,92	1,00
567	17	C	R1031	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	4,8767	9,03	0,00
568	17	C	R1032	Limfom și leucemie cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0,9892	4,49	0,00
569	17	C	R1041	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații cu CC catastrofale sau severe	1,5248	4,44	0,00
570	17	C	R1042	Alte tulburări neoplazice cu alte proceduri în sala de operații fără CC catastrofale sau severe	0,712	3,41	0,00
571	17	M	R3011	Leucemie acută cu CC catastrofale	5,387	12,65	0,00
572	17	M	R3012	Leucemie acută cu CC severe	1,0648	4,23	-
573	17	M	R3013	Leucemie acută fără CC catastrofale sau severe	0,6112	3,52	-
574	17	M	R3021	Limfom și leucemie non-acută cu CC catastrofale	3,0936	5,89	1,00
575	17	M	R3022	Limfom și leucemie non-acută fără CC catastrofale	1,0207	3,87	0,00
576	17	M	R3023	Limfom și leucemie non-acută, de zi	0,1323	-	-
577	17	M	R3031	Alte tulburări neoplazice cu CC	1,1656	4,08	1,00
578	17	M	R3032	Alte tulburări neoplazice fără CC	0,4914	3,36	0,00
579	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	-	-
580	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095	-	-
581	18	C	T1011	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC catastrofale	5,6769	10,14	1,00
582	18	C	T1012	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	6,48	1,00
583	18	C	T1013	Proceduri în sala de operații pentru boli infecțioase și parazitare fără CC	1,3231	6,68	0,00
584	18	M	S3010	HIV, de zi	0,189	-	-
585	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	6,72	1,00
586	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,432	4,62	-
587	18	M	S3023	Boli conexe HIV fără CC catastrofale sau severe	1,5941	4,88	-

588	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8,35	2,00
589	18	M	T3012	Septicemie fără CC catastrofale sau severe	0,8254	5,31	1,00
590	18	M	T3021	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârstă > 54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	8,64	-
591	18	M	T3022	Infecții postoperatorii și posttraumatice vârstă<55 fără CC catastrofale sau severe	0,5545	5,97	-
592	18	M	T3031	Febra de origine necunoscută cu CC	0,8443	4,24	2,00
593	18	M	T3032	Febra de origine necunoscută fără CC	0,3969	3,71	-
594	18	M	T3041	Boala virală vârstă>59 sau cu CC	0,5734	4,54	2,00
595	18	M	T3042	Boala virală vârstă<60 fără CC	0,3087	3,49	-
596	18	M	T3051	Alte boli infecțioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	5,59	2,00
597	18	M	T3052	Alte boli infecțioase sau parazitare fără CC catastrofale sau severe	0,5608	5,08	-
598	19	A	U2010	Tratament al sănătății mentale, de zi, cu terapie electroconvulsivă (ECT)	0,1197	-	-
599	19	M	U3010	Tratament al sănătății mentale, de zi, fără terapie electroconvulsivă (ECT)	0,1134	-	-
600	19	M	U3021	Tulburări schizofrenice cu statut legal al sănătății mentale	2,3942	-	-
601	19	M	U3022	Tulburări schizofrenice fără statut legal al sănătății mentale	1,3168	14,95	2,00
602	19	M	U3031	Paranoia și tulburare psihică acută cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sănătății mentale	1,928	11,21	-
603	19	M	U3032	Paranoia și tulburare psihică acută fără CC catastrofale/sever fără statut legal al sănătății mentale	0,9325	11,71	-
604	19	M	U3041	Tulburări afective majore vârstă>69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	9,68	1,00
605	19	M	U3042	Tulburări afective majore vârstă<70 fără CC catastrofale sau severe	1,4996	9,44	1,00
606	19	M	U3050	Alte tulburări afective și somatoforme	0,8695	7,49	-
607	19	M	U3060	Tulburări de anxietate	0,6553	6,03	-
608	19	M	U3070	Supralimentație și tulburări obsesiv-compulsive	3,3204	7,72	-
609	19	M	U3080	Tulburări de personalitate și reacții acute	0,8002	6,90	1,00
610	19	M	U3090	Tulburări mentale în copilărie	1,6634	4,31	1,00
611	20	M	V3011	Intoxicație cu alcool și sevraj cu CC	0,5545	7,09	1,00
612	20	M	V3012	Intoxicație cu alcool și sevraj fără CC	0,2457	5,74	-
613	20	M	V3020	Intoxicații medicamentoase și sevraj	0,7309	9,70	-
614	20	M	V3031	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool	0,6805	7,82	-
615	20	M	V3032	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool, de zi	0,0882	-	-
616	20	M	V3041	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee	0,3843	4,26	-
617	20	M	V3042	Tulburare și dependență datorită consumului de opiacee, pacient plecat împotriva avizului medical	0,3591	-	-
618	20	M	V3050	Alte tulburări și dependente datorită consumului de droguri	0,3843	6,40	-
619	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traumatisme multiple semnificative	15,254	22,96	6,00
620	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur și membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	15,11	1,00
621	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	12,41	2,00
622	21	C	W1040	Alte proceduri în sala de operații pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	13,42	2,00
623	21	C	X1010	Transfer de țesut microvascular sau grefă de piele pentru leziuni ale mâinii	0,838	4,51	0,00
624	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârstă>59 sau cu CC	1,8272	7,97	0,00
625	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior vârstă<60 fără CC	0,7624	5,05	0,00
626	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mâinii	0,5545	3,50	0,00
627	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	5,36	1,00
628	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fără CC catastrofale sau severe	0,6553	4,60	0,00
629	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	12,29	0,00
630	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremităților mâinii cu transfer de țesut microvascular fără CC catastrofale sau severe	1,5437	9,48	0,00
631	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de îngrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1,32	1,00
632	21	M	W3020	Traumatisme multiple fără proceduri semnificative	2,0036	7,35	2,00
633	21	M	X3011	Leziuni vârstă>64 cu CC	0,8506	6,31	1,00
634	21	M	X3012	Leziuni vârstă>64 fără CC	0,2772	4,99	-
635	21	M	X3013	Leziuni vârstă<65	0,2268	4,10	1,00
636	21	M	X3020	Reacții alergice	0,2457	2,80	1,00

637	21	M	X3031	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârstă>59 sau cu CC	0,586	3,03	1,00
638	21	M	X3032	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârstă<60 fără CC	0,2457	1,96	1,00
639	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	6,22	1,00
640	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fără CC catastrofale sau severe	0,3906	5,40	-
641	21	M	X3051	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârstă > 59 sau cu CC	0,649	4,74	1,00
642	21	M	X3052	Altă leziune, otrăvire și diagnostic privind efectele toxice vârstă < 60 fără CC	0,2268	4,52	-
Q	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adâncime completă	28,87	27,96	1,00
644	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefă de piele vârstă>64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	20,19	0,00
645	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefă de piele vârstă<65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	1,9469	18,71	-
646	22	C	Y1030	Alte proceduri în sala de operații pentru alte arsuri	1,1971	9,78	0,00
647	22	M	Y2011	Alte arsuri vârstă>64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	9,55	0,00
648	22	M	Y2012	Alte arsuri vârstă<65 fără (CC catastrofale sau severe) fără proceduri complicate	0,4347	6,13	-
649	22	M	Y3010	Arsuri, pacienți transferați către alte unități de îngrijiri acute < 5 zile	0,252	1,36	1,00
650	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	9,46	1,00
651	23	A	Z2010	Monitorizare după tratament complet cu endoscopie	0,1701	2,90	-
652	23	C	Z1011	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate cu CC catastrofale/sever	1,0585	3,76	1,00
653	23	C	Z1012	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate fără CC catastrofale/sever	0,4536	3,82	1,00
654	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	6,39	2,00
655	23	M	Z3012	Reabilitare fără CC catastrofale sau severe	1,1341	4,40	-
656	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	-	-
657	23	M	Z3020	Semne și simptome	0,441	3,90	1,00
658	23	M	Z3030	Monitorizare fără endoscopie	0,189	5,45	-
659	23	M	Z3041	Alte post îngrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	4,04	-
660	23	M	Z3042	Alte post îngrijiri fără CC catastrofale sau severe	0,4914	2,98	-
661	23	M	Z3051	Alți factori care influențează starea de sănătate	0,5923	4,05	1,00
662	23	M	Z3052	Alți factori care influențează starea de sănătate, de zi	0,1323	-	-
663	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,441	3,81	-
664	24	C	91010	Proceduri extinse în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9,85	1,00
665	24	C	91020	Proceduri neextinse în sala de operații, neînrudite cu diagnosticul principal	1,4365	8,69	-
666	24	C	91030	Proceduri în sala de operații ale prostatei neînrudite cu diagnosticul principal	3,4464	-	-
667	24	M	93010	Negrupabile	0,649	-	-
668	24	M	93020	Diagnostiche principale inacceptabile	0,1197	-	-
669	24	M	93030	Diagnostiche neonatale neconcordante cu vârsta/greutatea	2,3438	-	-

1. "-" semnifică un număr insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi.

2. DMS a fost calculată pe baza cazurilor raportate și confirmate, din secții ce furnizează îngrijiri de tip acut, în perioada 01.01 - 31.12.2019.

3. Mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI la nivel național, a fost calculată luând în considerare toate cazurile raportate și confirmate în perioada 01.01 - 31.12.2019 pentru o anumită grupă de diagnostice, pentru care s-a înregistrat minim un transfer intraspitalicesc în secția Anestezie și terapie Intensivă - ATI.

4. M - categorie Medicală, C - Categorie chirurgicală, A - Alte categorii.

5. Duratele de spitalizare au fost calculate numai pe baza cazurilor externate, confirmate și raportate din secțiile ce furnizează îngrijiri de tip acut.

Definirea termenilor utilizați în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienților externati (în funcție de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate.

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienților doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coefficient atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective.

Grouper: aplicație computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat).

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat).

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării și cel al externării din spital.

Cazuri ponderate (CP): pacienți "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate și pentru cazurile echivalente.

Nr. CP = $\sum (VRDRG_i \times CRDRG_i)$

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienți tratați într-un spital, în funcție de diagnostic și gravitate.

Indicele de case-mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP)/Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referință, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

– pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute/nr. total cazuri ponderate

– la nivel național:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel național/nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital.

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital.

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, național.

TCDRG_i = TCP x VRDRG_i

Abrevieri:

CMD = Categoriile majore de diagnostice

DRG = Grupe de diagnostice

VR = Valoare Relativă

DS = Durată de spitalizare

CR = Cazuri rezolvate (externate)

CP = Cazuri ponderate

ICM = Indice de case-mix (indice de complexitate a cazurilor)

CCP = Costul pe caz ponderat

RB = Rata de bază

TCP = Tariful pe caz ponderat

TC = Tariful pe tip de caz

Anexa nr. 23C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECȚIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE BOLI CRONICE ȘI DE RECUPERARE, PRECUM ȘI PENTRU SECȚIILE ȘI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ȘI NEONATOLOGIE - PREMATURE DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secție/compartiment	Codul secției/ Compartimentului*)	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2021 (lei)
1.	Cronici	1061	198,29
2.	Geriatric și gerontologie	1121	171,05
3.	Neonatologie (prematuri)	1222	444,35
4.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul II	1222.1	573,00
5.	Neonatologie (prematuri) aferente unei maternități de gradul III	1222.2	955,6
6.	Pediatrie (Recuperare pediatrică)	1272	199,08
7.	Pediatrie cronici	1282	278,04
8.	Pneumoftiziologie	1301	200,2

9.	Pneumoftiziologie pediatrică	1302	258,01
10.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1	97,32
11.	Psihiatrie cronici	1333.2	112,28
12.	Recuperare, medicină fizică și balneologie	1371	202,11
13.	Recuperare, medicină fizică și balneologie copii	1372	108,5
14.	Recuperare medicală - cardiovasculară	1383	203,07
15.	Recuperare medicală - neurologie	1393	217,72
16.	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	1403	268,52
17.	Recuperare medicală - respiratorie	1413	256,58
18.	Recuperare neuro-psiho-motorie	1423	206,89
19.	Îngrijiri paliative	1061PAL	235,62
20.	Recuperare medicală	1393REC	211,14

*) Conform [Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001](#) privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTA 1: Tariful contractat pentru anul 2021 nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut în tabel, cu excepția secțiilor de psihiatrie cronici prevăzute la poz. 10 și 11 a secției de recuperare medicală neurologie și recuperare neuropsihomotorie prevăzute la poz. 15 și 18, din tabelul de mai sus, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 30%, respectiv secțiilor de pneumoftiziologie și pneumoftiziologie copii prevăzute la poz. 8 și 9, pentru care tarifele maximale se pot majora cu până la 15%.

NOTA 2: Pentru secția clinică recuperare neuromusculară, recuperare medicală, neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență «Bagdasar Arseni», secția clinică (IV) de recuperare medicală neurologie din cadrul Institutului Național de Recuperare Medicină Fizică și Balneologie, secția de recuperare neuropsihomotorie pentru copii de la Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii «Dr. N. Robănescu» și secția de recuperare neurologică de la Spitalul Universitar de Urgență Elias, tariful pe zi de spitalizare este 512,96 lei/zi.

La data de 26-07-2021 Nota 2 din Anexa nr. 23C, Anexa nr. 23 a fost modificată de Articolul I din ORDINUL nr. 1.359 din 22 iulie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 731 din 26 iulie 2021

Notă

Potrivit art. II din ORDINUL nr. 1.359/694/2021, publicat în Monitorul Oficial nr. 731 din 26 iulie 2021, ordinul se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu luna iulie 2021.

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUȚI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECȚIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUȚI DIN SPITALELE DE BOLI CRONICE ȘI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Secția/compartimentul (acuți)	Codul secției/ Compartimentului*)	Tarif mediu pe caz - maximal 2018 - lei -
1.	Medicale	Boli infecțioase	1011	1.128,12
2.	Medicale	Boli infecțioase copii	1012	937,24
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.729,39
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.007,13
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	906,13
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.069,51
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	783,21
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	1081	1.030,42
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	1082	1.061,61
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	905,37
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	975,51
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.110,46
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.469,04
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	951,16
15.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie	1151	1.114,54
16.	Medicale	Imunologie clinică și alergologie copii	1152	831,69
17.	Medicale	Medicină internă	1171	915,68
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.121,20
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	839,25
20.	Medicale	Neonatologie (nn și prematuri)	1202	887,21
21.	Medicale	Neonatologie (nou-născuți)	1212	818,38

22.	Medicale	Neurologie	1231	1.260,46
23.	Medicale	Neurologie pediatrică	1232	1.019,90
24.	Medicale	Oncologie medicală	1241	998,10
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.224,12
26.	Medicale	Pediatrie	1252	873,16
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.004,69
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	766,09
29.	Medicale	Psihiatrie acută	1311	1.342,32
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrică	1312	1.298,15
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.359,49
32.	Medicale	Psihiatrie (acută și cronic)	1343	1.428,35
33.	Medicale	Reumatologie	1433	958,97
34.	Chirurgicale	Arși	2013	3.108,13
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculară	2033	4.193,54
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	2043	3.255,31
37.	Chirurgicale	Chirurgie generală	2051	1.269,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie și ortopedie pediatrică	2092	971,69
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrică	2102	1.222,82
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastică și reparatorie	2113	1.369,70
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracică	2123	1.609,44
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculară	2133	2.293,84
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	741,02
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.038,80
45.	Chirurgicale	Obstetrică	2181	946,63
46.	Chirurgicale	Obstetrică-ginecologie	2191	812,51
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	680,09
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	738,08
49.	Chirurgicale	Ortopedie și traumatologie	2211	1.288,26
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrică	2212	958,86
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.156,22
52.		Chirurgicale Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.231,83
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.047,77
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-facială	6013	1.014,38

*) Conform [Ordinului ministrului sănătății și familiei nr. 457/2001](#) privind reglementarea denumirii și codificării structurilor organizatorice (secții, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităților sanitare din România, cu completările ulterioare.

NOTĂ: Tariful contractat pentru anul 2021 nu poate fi mai mare decât tariful mediu pe caz maximal prevăzut în tabel.

Anexa nr. 23D

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), domiciliat/ă în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, actul de identitate seria, nr., CNP/cod unic de asigurare cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una dintre categoriile de asigurați scutiți de coplată, prevăzute mai jos:

() copii 0 - 18 ani [conform [art. 225 alin. \(1\) lit. a\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare - se completează de părinți/apartinători legali];

() copii 0 - 18 ani care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrați în registrele de stare civilă [conform [art. 225 alin. \(1\) lit. a\)](#) și [alin. \(2\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];*)

() tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă [conform [art. 225 alin. \(1\) lit. b\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];

() bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform art. 225 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri [conform art. 225 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femeii însărcinate și lăuze - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femeii însărcinate și lăuze care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii [conform art. 225 alin. (1) lit. e) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];*)

() femeii însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri subsalariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];

() femeii însărcinate și lăuze care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 alin. (1) lit. e) și alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];*)

() persoane cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];*)

() persoane cetățeni români care nu dețin cod numeric personal și care nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, care sunt victime ale traficului de persoane [conform art. 225 alin. (1) lit. f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare];*)

() persoane reținute, arestate sau deținute, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, care se află în centrele de reținere și arestare preventivă [conform art. 225 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare].*)

*) Persoanele care solicită servicii medicale, vor declara că nu sunt înregistrate în registrele de stare civilă, cu excepția copiilor de până la 14 ani și a persoanelor cu handicap, pentru care declarația se formulează de către persoanele care le însoțesc la furnizorul de servicii medicale.

dovedită prin documentul/documentele

Data

.....

Semnătura

.....

Anexa nr. 23E

I. CONȘIMȚĂMÂNT AL PERSOANEI ASIGURATE

- model -

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:		
	Cod numeric personal:		
	Domiciliul /reședința:		
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele și prenumele:		
	Domiciliul /Reședința:		
	Calitatea:		
3. Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical ce urmează a fi acordat) cu evidențierea grupei de diagnostic din Anexa 23 B II la Normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr ...../...../2021.			
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu serviciile spitalicești ce urmează să fie acordate pacientului:		DA	NU

a. - tariful practicat de unitatea sanitară cu paturi pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă	..... lei		
b. - suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitalicești ce urmează să fie acordate pacientului, rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului	..... lei		
c. Contribuția personală - reprezintă diferența dintre suma prevăzută la lit. a și suma prevăzută la lit. b.	..... lei		
d. Sumă estimată pentru servicii suplimentare, din care:			
d1. - suma pentru servicii medicale suplimentare, neneesare pentru rezolvarea cazului	..... lei		
d2. - suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard	..... lei		
5. Consimțământ pentru plata contribuției personale Pacientul este de acord cu plata contribuției personale pentru serviciile acordate în cadrul internării în regim de spitalizare continua.			

*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

**) Sumele prevăzute la pct. 4 lit. a), b), c) și d) sunt detaliate în devizul estimativ care este anexă la prezentul consimțământ.

Subsemnatul,(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal)....., declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele persoanei din cadrul unității sanitare care a furnizat informațiile)..... și enumerate mai sus, și îmi exprim consimțământul informat pentru plata contribuției personale.

Data:/...../.....
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la plata contribuției personale
.....

II. DEVIZ ESTIMATIV

- model -

Nr./.....

Unitatea sanitară

Adresa: Str. nr.,

Localitatea, județul

Telefon: fix/mobil, fax e-mail

CUI, ROMÂNIA

Cont

CAS/Contract

Date aferente pacientului:

Numele și prenumele pacientului

Data nașterii

CNP

Adresa de domiciliu

Cetățenia

Diagnosticul principal

Datele cazului tratat:

Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical ce urmează a fi acordat) cu evidențierea grupei de diagnostic din Anexa 23 B II la Normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./...../2021

Nr. de zile de spitalizare/ caz estimate

Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate în regim de spitalizare continuă

Nr. crt.		Suma aferentă - lei -		
1.	Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă (în condiții de cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană), care cuprinde:	..... lei		
	(Notă: se vor evidenția mai jos toate serviciile medicale acordate/medicamentele și materialele sanitare/dispozitive medicale, detaliat cu cantitate și preț, precum și celelalte categorii de cheltuieli care intră în tariful spitalului pentru rezolvarea cazului, inclusiv onorariul medicului/medicilor curanți)	Cantitate	Preț/ Unitate de măsură	Suma
		c1	c2	c3=c1*c2
1.1	Cheltuieli pentru cazare cameră și hrană (la nivel standard) (Nr. zile spitalizare x cheltuieli cazare și hrană pe zi de spitalizare)			
1.2	Cheltuieli pentru cazare ATI, după caz			
1.3	Farmacie - Cheltuieli pentru medicamente* și alte produse din farmacie pe perioada spitalizării (* cheltuielile pentru medicamentele suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			

1.4	Cheltuieli pentru materiale sanitare* și alte consumabile (*cheltuielile pentru materialele sanitare suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.5	Cheltuieli pentru investigații paraclinice - analize medicale de laborator (inclusiv investigații anatomie patologică)			
1.6	Cheltuieli pentru investigații paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară* (*cheltuielile pentru investigațiile suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.7	Cheltuieli pentru alte investigații și proceduri			
1.8	Cheltuieli consult(uri) interclinice			
1.9	Dispozitiv(e) medical(e)* (*cheltuielile pentru dispozitivele suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.10	Alte servicii* (* cheltuielile pentru servicii suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.11	Alte îngrijiri			
1.12	Cheltuieli personal			
1.13	Cheltuieli indirecte			
	NOTĂ: *cheltuielile pentru servicii, medicamente, materiale sanitare/dispozitive medicale și investigații de tip PET-CT suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, pentru acestea nefiind percepută contribuție personală. Aceste cheltuieli nu intră în suma prevăzută la pct. 1.			
2.	Sumă estimată pentru servicii suplimentare, din care: (2 = 2.1 + 2.2)	..... lei		
2.1.	Suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard (nr. zile spitalizare x sumă servicii hoteliere suplimentare/zi de spitalizare)	..... lei		
2.2.	Suma pentru servicii medicale suplimentare, nenesecare pentru rezolvarea cazului, respectiv:	..... lei		
	Nota: (se vor evidenția mai jos toate serviciile medicale suplimentare, detaliat cu cantitate și preț;) 2.2. = sumă lit. a + sumă lit. b + sumă lit. c +	Cantitate c1	Preț c2	Suma c3= c1*c2
	a.			
	b.			
	c.			
			
3.	Tarif integral practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă = Suma de la pct. 1 + Suma de la pct. 2	..... lei		
4.	Suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitalicești ce urmează să fie acordate pacientului (rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului)	..... lei		
5.	Contribuția personală = suma prevăzută la pct. 1 - suma prevăzută la pct. 4	..... lei		

Notă: Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

Întocmit (se va trece numele și prenumele persoanei care a întocmit devizul)

Semnătura

Data:

Am luat la cunoștință despre informațiile din prezentul devizul cu nr. /

Sunt de acord cu prelucrarea și protecția datelor cu caracter personal [Regulamentul UE nr. 679 din 27 aprilie 2016](#) privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a [Directivei 95/46/CE](#)(Regulamentul general privind protecția datelor).

Semnătură asigurat/reprezentant legal

Data

III. DECONT DE CHELTUIELI

- model -

Nr. /

Unitatea sanitară

Adresa: Str. nr.,

Localitatea, județul

Telefon: fix/mobil, fax e-mail

CUI, ROMÂNIA

Cont

CAS/Contract

Date aferente pacientului:

Numele și prenumele pacientului

Data nașterii

CNP

Adresa de domiciliu

Cetățenia

Diagnosticul principal

Datele cazului tratat:

Nr. F.O.

Data internării, ora internării

Data externării, ora externării

Transfer la spital

Nr. de zile de spitalizare pe caz externat

Actul medical (descrierea pe scurt a serviciului medical acordat) cu evidențierea grupei de diagnostic din Anexa 23 B II la Normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. /..... /2021

.....

.....

.....

Nr. crt.		Suma aferentă - lei -		
1.	Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă (în condiții de cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană), care cuprinde:	..... lei		
	(Notă: se vor evidenția mai jos toate serviciile medicale acordate/medicamentele și materialele sanitare /dispozitive medicale, detaliat cu cantitate și preț, precum și celelalte categorii de cheltuieli care intră în tariful spitalului pentru rezolvarea cazului, inclusiv onorariul medicului/medicilor curanți)	Cantitate c1	Preț /unitate de măsură c2	Suma c3=c1*c2
1.1	Cheltuieli pentru cazare cameră și hrană (la nivel standard) (Nr. zile spitalizare x cheltuieli cazare și hrană pe zi de spitalizare)			
1.2	Cheltuieli pentru cazare ATI, după caz			
1.3	Farmacie - Cheltuieli pentru medicamente* și alte produse din farmacie pe perioada spitalizării (*cheltuielile pentru medicamentele suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.4	Cheltuieli pentru materiale sanitare* și alte consumabile			
1.5	Cheltuieli pentru investigații paraclinice - analize medicale de laborator (inclusiv investigații anatomie patologică)			
1.6	Cheltuieli pentru investigații paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară* (*cheltuielile pentru investigațiile suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
	Cheltuieli pentru alte investigații și proceduri			

1.7	..... .....		
1.8.	Cheltuieli consult(uri) interclinice			
1.9	Dispozitiv(e) medical(e)* (*cheltuielile pentru dispozitivele suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.10	Alte servicii* (* cheltuielile pentru servicii suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, și nu intră în calculul sumei de la pct. 1)			
1.11	Alte îngrijiri			
1.12	Cheltuieli personal	x	x	
1.13	Cheltuieli indirecte			
	NOTĂ: *cheltuielile pentru servicii, medicamente, materiale sanitare/dispozitive medicale și investigații de tip PET-CT suportate din programe vor fi evidențiate distinct ca fiind suportate din FNUASS, pentru acestea nefiind percepută contribuție personală. Aceste cheltuieli nu intră în suma prevăzută la pct. 1			
2.	Sumă pentru servicii suplimentare, din care: (2 = 2.1 + 2.2)	..... lei		
2.1.	Suma pentru servicii nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard (nr. zile spitalizare x sumă servicii hoteliere suplimentare/zi de spitalizare)	..... lei		
2.2.	Suma pentru servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului, respectiv:	..... lei		
	(Nota: se vor evidenția mai jos toate serviciile medicale suplimentare, detaliat cu cantitate și preț) 2.2. = sumă lit. a + sumă lit. b + sumă lit. c +	Cantitate c1	Preț c2	Suma c3=c1*c2
	a.			
	b.			
	c.			
3.	Tarif integral practicat de spital pentru rezolvarea cazului în regim de spitalizare continuă = Suma de la pct. 1 + Suma de la pct. 2	..... lei		
4.	Suma suportată din FNUASS pentru serviciile medicale spitalicești ce urmează să fie acordate pacientului, rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului	..... lei		
5.	Contribuția personală = suma prevăzută la pct. 1 - suma prevăzută la pct. 4	..... lei		

NOTĂ: Decontul de cheltuieli eliberat asiguraților de către spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pentru care au încasat contribuție personală asiguraților, se transmite de către furnizor în PIAS odată cu raportarea lunară.

Întocmit (se va trece numele și prenumele persoanei care a întocmit decontul)

Semnătura

Data:

Am luat la cunoștință despre informațiile din prezentul decont cu nr. /

Sunt de acord cu prelucrarea și protecția datelor cu caracter personal [Regulamentul UE nr. 679 din 27 aprilie 2016](#) privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a [Directivei 95/46/CE \(Regulamentul general\)](#) privind protecția datelor).

Semnătură asigurat/reprezentant legal

Data

Anexa nr. 24

- model -

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN
 UNITATEA SANITARĂ Tel.:
 DEPARTAMENTUL Fax:
 Șef departament [URGENȚĂ: DA/NU]

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*):
(semnătura și parafa)

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1-2 ore, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore; pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil în 24 de ore.

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament [URGENȚĂ: DA/NU]

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg	
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU Alte case	
5. Internat DA/NU - Secția nr. FO	Programare examen scintigrafic Data:
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Ora:
7. Dg. trimitere	Precizări*):
8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea .....	.....
.....
.....	Diagnostic scintigrafic stabilit
9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU	.....
10. Stări alergice*): DA/NU	.....
Trimis de (spital, clinică)	*) Sarcina reprezintă contraindicație de efectuare a examenului scintigrafic
Medic solicitant Data:	Semnătura pacientului
Semnătura și parafa medicului solicitant	(acolo unde este necesară confirmarea)
Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*): (semnătura și parafa)	

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1-2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

D. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:

DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament [URGENȚĂ: DA/NU]

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal/cod unic de asigurare

3. Greutate Kg	
4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU Alte case	
5. Internat DA/NU - Secția nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Programare examen angiografic Data:
7. Dg. trimitere	Ora:
.....	Precizări*):
.....
8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea	Observații speciale legate de pacient: 1) Pacient diabetic DA/NU
.....	- în tratament cu sulfamide
.....	

.....	hipoglicemiant DA/NU
.....	(dacă DA se oprește tratamentul cu 48 de ore înaintea investigației)
9. Examen angiografic anterior: DA/NU	2) Hepatita DA/NU Diagnostic angiografic stabilit
10. Puls:	.....
- arteră femurală dreaptă	.....
.....
- arteră femurală stângă	.....
.....
10. Stări alergice*): DA/NU	*) - Pacientul se va prezenta obligatoriu cu următoarele teste efectuate: activitatea protrombinică și timpul de protrombină determinate în ziua efectuării investigației, creatinină, uree, ECG, tensiune arterială, antigen HbS, test HIV
- la substanța de contrast	- Administrarea anticoagulantelor cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore înaintea investigației;
- alte alergii	medicația antihipertensivă și
Trimis de (spital, clinică)	antiaritmice NU se oprește;
Medic solicitant Data:	Semnătura pacientului
.....	(acolo unde este necesară confirmarea)
Semnătura și parafa medicului solicitant	
Aviz șef secție solicitantă cu asumarea responsabilității*):	
(semnătura și parafa)	

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi.

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1-2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația.

Anexa nr. 25

DURATA DE SPITALIZARE PE SECȚII/COMPARTIMENTE VALABILĂ PENTRU TOATE CATEGORIILE DE SPITALE

Nr. crt.	Cod secție	Denumire secție	Durata de spitalizare realizată 2019
1	1011	Boli infecțioase	6,41
2	1012	Boli infecțioase copii	4,56
3	1023	HIV/SIDA	5,77
4	1033	Boli parazitare	4,33
5	1051	Cardiologie	5,58
6	1052	Cardiologie copii	4,86
7	1061	Cronici	10,54
8	1061_PAL	Îngrijiri paliative	24,48
9	1071	Dermatovenerologie	6,17
10	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	5,73
11	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	3,34
12	1101	Endocrinologie	3,84
13	1102	Endocrinologie copii	2,96
14	1111	Gastroenterologie	4,88
15	1121	Geriatric si gerontologie	12,18
16	1131	Hematologie clinica	5,64
17	1132	Hematologie copii	4,80
18	1151	Imunologie clinică și alergologie	3,99
19	1152	Imunologie clinică și alergologie copii	3,97
20	1171	Medicina internă	6,33
21	1191	Nefrologie	6,37
22	1192	Nefrologie copii	3,73
23	1202	Neonatalogie (nn și prematuri)	4,07
24	1212	Neonatalogie (nou născuți)	4,33
25	1222	Neonatalogie (prematuri)	15,16
26	1222,1	Neonatalogie (prematuri) MaternitateGrII	13,84
27	1222,2	Neonatalogie (prematuri) MaternitateGrIII	19,38
28	1231	Neurologie	7,42
29	1232	Neurologie pediatrică	4,71
30	1241	Oncologie medicală	4,43
31	1242	Oncopediatrie	6,42

32	1252	Pediatrie	4,46
33	1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatrică)	3,67
34	1272	Pediatrie (recuperare pediatrică)	22,69
35	1282	Pediatrie cronici	9,03
36	1291	Pneumologie	7,82
37	1292	Pneumologie copii	5,74
38	1301	Pneumoftiziologie	33,95
39	1302	Pneumoftiziologie pediatrică	22,53
40	1311	Psihiatrie acuți	9,57
41	1312	Psihiatrie pediatrică	5,42
42	1321	Psihiatrie (Nevroze)	8,56
43	1333,1	Psihiatrie cronici (lungă durată)	365,70
44	1333,2	Psihiatrie cronici	55,12
45	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	19,86
46	1353	Toxicomanie	8,97
47	1363	Radioterapie	6,58
48	1371	Recuperare, medicina fizică și balneologie	11,32
49	1372	Recuperare, medicina fizică și balneologie copii	20,48
50	1383	Recuperare medicală - cardiovasculară	12,19
51	1393	Recuperare medicală neurologie	13,01
52	1393_REC	Recuperare medicală	11,51
53	1403	Recuperare medicală - ortopedie și traumatologie	10,48
54	1413	Recuperare medicală - respiratorie	10,45
55	1423	Recuperare neuro-psiho-motorie	14,37
56	1433	Reumatologie	6,36
57	1453	Terapie intensivă coronarieni -UTIC	6,12
58	1463	Toxicologie	2,90
59	1473	Secții sanatoriale	23,06
60	1473_B	Secții sanatoriale balneare	21,00
61	1473_P	Preventorii	57,00
62	2013	Arși	12,51
63	2033	Chirurgie cardiovasculară	8,04
64	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	10,55
65	2051	Chirurgie generală	6,37
66	2063	Chirurgie laparoscopică	5,54
67	2083	Chirurgie oncologică	6,86
68	2092	Chirurgie si ortopedie pediatrică	4,04
69	2102	Chirurgie pediatrică	4,26
70	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	5,19
71	2123	Chirurgie toracică	7,64
72	2133	Chirurgie vasculară	6,71
73	2141	Ginecologie	3,51
74	2151	Gineco-oncologie	4,10
75	2173	Neurochirurgie	7,11
76	2181	Obstetrică	4,24
77	2191	Obstetrică-ginecologie	4,13
78	2201	Oftalmologie	3,03
79	2202	Oftalmologie copii	4,20
80	2211	Ortopedie și traumatologie	6,68
81	2212	Ortopedie pediatrică	3,94
82	2221	Otorinolaringologie (ORL)	4,77
83	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	2,62
84	2233	Otorinolaringologie (ORL) - implant cohlear	6,47
85	2263	TBC osteo-articular	11,52
86	2301	Urologie	5,16
87	2302	Urologie pediatrică	6,36
88	6013	Chirurgie maxilo-facială	4,14
89	1493	Genetica medicală	10,00

La data de 06-07-2021 Tabelul din Anexa nr. 25 la norme a fost modificat de [RECTIFICAREA nr. 1.068 din 29 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 667 din 06 iulie 2021](#)

Durata de spitalizare pe secții se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat de pe secția respectivă și validat, număr întreg cu două zecimale.

Durata individuală a cazului se calculează ca diferența matematică între data externării și data internării.

Durata de spitalizare efectiv realizată pe secții/compartimente se calculează ca medie a duratelor de spitalizare individuale ale fiecărui caz externat și validat de pe secția respectivă, în perioada pentru care face decontarea și este număr cu 2 zecimale.

Durata medie de spitalizare la nivel național pentru secții de acuți este 5,77.

NOTĂ:

- 1.** Pentru secția clinică recuperare neuromusculară - recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Clinic de Urgență "Bagdasar Arseni", pentru secția recuperare neurologie adulți "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, și pentru secția de recuperare medicală neuropsihomotorie copii din cadrul Sanatoriului Balnear și de Recuperare Techirghiol, durata de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie "Gura Ocnitei" din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie "Dezna", județul Arad, durata de spitalizare este de 17 zile; pentru secția recuperare medicală neurologie din structura Spitalului Universitar de Urgență Elias durata de spitalizare este de 15 zile.
- 2.** Pentru secțiile recuperare cardiovasculară adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza", județul Covasna, durata de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, inclusiv pentru compartimentul recuperare neuro-psiho-motorie din cadrul acesteia, durata de spitalizare este de 21 de zile.
- 3.** Pentru secțiile de geriatrie și gerontologie din structura Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana Aslan" durata de spitalizare este de 14 zile.

Anexa nr. 26

- model -

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale spitalicești

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, reprezentată prin Director general, și

Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr. fix/mobil, fax e-mail, reprezentată prin

Unitatea sanitară cu paturi este *)

*) Se va completa cu "publică"/ "publică cu asociat unic unitate administrativ-teritorială"/"privată".

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

III. Servicii medicale spitalicești

Articolul 2

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate, după caz, de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Beneficiază de internare fără bilet de internare situațiile prevăzute la art. 89 alin. (2) din anexa 2 la [HG nr. 696 /2021](#).

(2) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a)** consultații;
- b)** investigații;
- c)** stabilirea diagnosticului;
- d)** tratamente medicale și/sau chirurgicale;
- e)** îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale;
- f)** cazare și masă, după caz, în funcție de tipul de spitalizare.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [HG nr. 696 /2021](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021, în limita valorii de contract;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2 la HG nr. 696/2021](#), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

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

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006](#) privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021;

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la [art. 91 alin. \(2\) din anexa 2 la HG nr. 696/2021](#) și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

r) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Articolul 6

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

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

3. contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie

de internet și la sediul într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

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

c) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază fără nicio discriminare;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [HG nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată;

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde

asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

m) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

n) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

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

p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care s-a încasat contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

r) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

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

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului și al Ministerului Sănătății; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;

t) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în anexa nr. 48 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021;

ț) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate și aprobate conform prevederilor legale;

u) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

v) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

x) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicească;

y) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

aa) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialități clinice, către unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau ambulatorii, - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

3. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia;

ab) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ac) să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în anexa nr. 22 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

ad) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. c\)](#) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există

documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

af) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

ag) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamentele în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare.

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG pentru afecțiunile acute, calculată conform prevederilor [art. 5 alin. \(1\) lit. al\)](#) din anexa nr. 23 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#): lei

b) Suma pentru spitalele de boli cronice, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății după caz - din alte spitale, care se stabilește astfel:

Secția/ Compartimentul COD	Nr. cazuri externate	Durată de spitalizare*) sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019	Tarif pe zi de spitalizare/ secție/ compartiment	Suma
C1	C2	C3	C4	C5=C2xC3xC4
TOTAL				

*) Durata de spitalizare este prezentată în anexa nr. 25 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente, și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența [art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă este de și se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare

negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#);

d) Suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 23 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#), precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți - prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătății de Ministerul Sănătății, după caz - din spitalele de boli cronice, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a.2) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#): lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabilește astfel:

Numărul de servicii medicale/cazuri rezolvate, contractate, pe tipuri	Tariful pe caz rezolvat/ serviciu medical*)	Suma corespunzătoare serviciilor medicale/ cazurilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	....

*) Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este prevăzut în anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secție și pe tip de bolnavi: urgență, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitalicești efectuate prin spitalizare de zi, spitalele prezintă distinct numărul cazurilor estimate a se efectua în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru cazurile neinternate, precum și numărul cazurilor estimate a se efectua prin spitalizare de zi în cadrul centrelor multifuncționale fără personalitate juridică din structura proprie.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitalicești pe anul 2021 este de lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar și trimestrial, distinct pentru spitalizare continuă acuți, spitalizare de zi, spitalizare continuă cronici, servicii paliative, după cum urmează:

Suma totală aferentă anului 2021:	.....*) *) suma prevăzută la alin. (3)				
	Total	Acuți *) suma prevăzută la alin. (1) lit. a) sau lit. d)	Cronici *) suma prevăzută la alin. (1) lit. b)	Îngrijiri Paliative *) suma prevăzută la alin. (1) lit. c)	Spitalizare de zi *) suma prevăzută la alin. (1) lit. e)
0	1=2+3+4+5	2	3	4	5
Trimestrul I 2021					
Ianuarie					
Februarie					
Martie					
Trimestrul II 2021					
Aprilie					
Mai					
Iunie					
Trimestrul III 2021					
Iulie					
August					
Septembrie					
Trimestrul IV 2021					
Octombrie					
Noiembrie					
Decembrie					

(5) Decontarea serviciilor medicale spitalicești contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată inițial de către casele de asigurări de sănătate, se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa nr. 23 la Ordinul

ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021 și în condițiile prevăzute la același articol.

(6) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 iulie 2021, respectiv de la data de 1 a lunii următoare celei în care s-a încheiat starea de alertă, potrivit legii, după caz, până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(8) Contractarea și decontarea serviciilor medicale spitalicești se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Articolul 8

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la [art. 6 lit. d\), f\) - i\), k\) - m\), n\), o\) - s\), t, ț, aa\), ab\), ac\) și ah\)](#), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la [art. 6 lit. ș\)](#) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la [lit. a\)](#);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață,

raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 6 lit. y\), ae\)](#) și [ag\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă /serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 6 lit. z\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la [art. 6 lit. z\)](#) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la [art. 6 alin. \(1\) lit. a\) pct. 1, pct. 2 și pct. 3, lit. e\), u\), v\), w\) și x\)](#), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care sau înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua și la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

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

(7) Recuperarea sumei potrivit [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale spitalicești se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. deschis la Banca

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 10

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 12

Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauze speciale

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forță majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 14

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

Articolul 15

În cazul reorganizării unității sanitare cu paturi, prin desființarea acesteia și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare se preia de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea și suspendarea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

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

- e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație;
- (2) în situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. b\) - d\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.
- (3) Pentru situația prevăzută la [alin. \(1\) lit. a\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare. În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Articolul 17

- (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:
- a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
- a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
- a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
- a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.
- (2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.
- (3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la [alin. \(2\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(2\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Articolul 18

Situațiile prevăzute la [art. 16 alin. \(1\)](#) și la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) și a3\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte de data la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 19

- (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.
- (2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de data la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 21

- (1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale, precum și prevederile art. 7 din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

Articolul 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Manager,
Director executiv al Direcției economice,	Director medical,
Director executiv al Direcției Relații Contractuale	Director financiar-contabil,
Vizat Juridic, Contencios	Director de îngrijiri, Director de cercetare-dezvoltare,

Pentru serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Anexa nr. 27

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI MINIMAL ȘI PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în [anexa nr. 9](#) la [Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale - aneurisme, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.4. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.5. Transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în [anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2021/691/2008](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim-ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, a centrului de permanență sau prin sistemul de consultații de urgență la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgență sau a celor integrate.

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege.

2.2. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu.

2.3. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 6 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu.

2.4. Bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major și stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări casectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian și revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienți cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienți oxigenodependenți, malformații vasculare cerebrale - aneurisme, malformații arterio venoase - rupte neoperate, malformații arterio venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ.

2.5. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

2.6. Transportul asiguraților nedepasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de recuperare.

2.7. Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă), pentru pacienții cu hemipareză sau parapareză, moderat severe, pentru consultație în vederea evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor cronice pentru care medicația poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriu de specialitate.

2.8. Transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurării imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

C. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE / SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ / REGATULUI UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

- 1.** Pacienții din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană / Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la [lit. B pct. 1](#) și [pct. 2](#), [subpunctele 2.1](#) și [2.2](#) din prezenta anexă.
- 2.** Pacienții din statele membre ale Ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană / Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la [lit. B](#) din prezenta anexă.
- 3.** Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la [lit. B punctul 1](#) și [punctul 2 subpunctele 2.1](#) și [2.2](#) sau [lit. B](#) din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 28

MODALITATEA DE PLATĂ
a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților
de transport sanitar neasistat

Articolul 1

Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, cuprinse în [anexa nr. 27](#) la ordin, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

Articolul 2

Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, va avea în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

- 1.** Pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.
Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km, respectiv tariful/milă marină
- 2.** pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu.
- 3.** pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful pe milă marină. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

Articolul 3

Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

Articolul 4

Suma contractată anual de către unitățile specializate private cu casele de asigurări de sănătate se defalcchează pe trimestre și pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere și propunerile furnizorilor în raport de condițiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

Articolul 5

(1) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful pe kilometru parcurs, respectiv pe milă parcursă, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective.

(2) Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse și tariful acestora precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situația în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la [lit. A pct. 1](#) și la [lit. B pct. 1 din anexa nr. 27](#) la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la [litera A, pct. 2](#) și la [litera B pct. 2 din anexa nr. 27](#) la ordin, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 6

(1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii de la data de 1 iulie 2021 până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor și a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

Articolul 7

Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat sunt:

- a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);
- b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;
- c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;
- d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

Articolul 8

(1) Tariful decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 170 lei pentru unități specializate private.

(2) Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și pentru ambulanțe tip A2 tariful pe km este de 2,18 lei, iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei.

(3) Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei.

(4) Tarifele de la [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Articolul 9

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 29

- model -

CONTRACT

de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și
activități de transport sanitar neasistat

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. județul/sectorul, telefon fax, adresă e-mail: reprezentată prin directorul general, și
Unitatea specializată privată reprezentată prin:, cu sediul în, str. nr., telefon fix /mobil, adresă e-mail: fax

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

III. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat furnizate

Articolul 2

Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii prevăzute în anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 696/2021](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze unităților specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021;

c) să informeze furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casa de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 196 alin. (1) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să deconteze furnizorului consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

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

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

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării;

Articolul 6

(1) Furnizorul de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat are următoarele obligații:

a) 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;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casa de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic casei de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

e) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispecerat unic 112, în limita mijloacelor disponibile și în limita valorii de contract;

f) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractului de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casa de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

j) să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

k) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

l) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

n) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#); la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

o) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

p) să pună la dispoziția casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, la solicitarea acesteia, informațiile stocate prin sistemul GPS, potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./....../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

(2) Serviciile de ambulanță private au obligația să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanță, consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanță și serviciile de ambulanță private, conform prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat va avea în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

a) pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km parcurs, respectiv tariful/milă marină parcursă).

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu.

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful pe milă marină parcursă. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat efectuate de unitățile specializate private:

a) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful pe kilometru parcurs, respectiv tariful pe milă marină parcursă, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective;

b) Trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la data de 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful pe kilometru parcurs, respectiv tariful pe milă marină parcursă, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat.

În situația în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 iulie 2021 până la sfârșitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate private autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, după caz, solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu prevăzute la lit. A pct. 1 și la lit. B pct. 1 din anexa nr. 27 la ordin și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera A, pct. 2 și la litera B pct. 2 din anexa nr. 27 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

Articolul 8

(1) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat pentru anul 2021 este de lei.

(2) Suma contractată aferentă consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se defalchează pe trimestre și pe luni.

Articolul 9

(1) Lunar, la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

(2) Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările și decontările, ținându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale

realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii, de la până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor și a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Plata consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca, la data de

Articolul 10

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la [art. 6 alin. \(1\) lit. a\), c\) - f\), h\) - m\), o\) și p\) și alin. \(2\)](#) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#), pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al furnizorului de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

Articolul 14

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 15

Efectuarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Suspendarea, rezilierea și încetarea contractului

Articolul 16

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute [art. 106 alin. \(1\) lit. b\) - e\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - d\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - d\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare;

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

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

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 10 alin. \(1\)](#);

h) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la [art. 105 lit. d\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#).

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casa de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casa de asigurări de sănătate nu va mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casa de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casa de asigurări de sănătate nu va accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică în condițiile [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casa de asigurări de sănătate nu va mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu va mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 18

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) acordul de voință al părților;

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

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile [art. 16 alin. \(1\) lit. a\)](#), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Articolul 19

Situațiile prevăzute la [art. 17 alin. \(1\)](#) și la [art. 18 lit. a\) subpunctele a2\) și a3\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situațiile prevăzute la [art. 18 lit. a\) - subpct. a1\)](#) și [lit. c\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității specializate private declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional, semnat de ambele părți, și este anexă a acestui contract.

Articolul 22

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR
Director general,	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
Vizat Juridic, Contencios	

Anexa nr. 30A

A. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciul de îngrijire medicală la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun*****) *****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toți parametrii prevăzuți, respectiv: temperatură, respirație, puls, TA, diureză și scaun
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1. intramuscular*)
	2.2. subcutanat*)
	2.3. intradermic*)
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase
	*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
3.	Administrarea medicamentelor intravenos, cu respectarea legislației în vigoare*) *) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală*****) *****) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă, cu respectarea legislației în vigoare*) *) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.
6.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor
7.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
8.	Ciismă cu scop evacuator
9.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
10.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor

11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi de drenaj bronșic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
12.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate/suprimarea firelor
13.	Îngrijirea escarelor multiple
14.	Îngrijirea stomelor
15.	Îngrijirea fistulelor
16.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
17.	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
18.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei**) **) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.
19.	Ventilație noninvasivă****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație noninvasivă, a medicului cu specialitatea Anestezie și terapie intensivă, a medicului specialist de medicină de urgență, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu
20.	Alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciul nu include alimentele specifice.
21.	Kinetoterapie individuală****) ****) Se efectuează doar de fizioterapeutul, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu

NOTĂ:

Serviciile de îngrijire medicală la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin [anexa nr. 31A](#) la prezentul ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATUL UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană /Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu prevăzut la [lit. A](#) din prezenta anexă.
2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut la [lit. A](#) din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 30B

A. PACHET DE SERVICII DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt	Serviciul de îngrijire paliativă la domiciliu
1	Consultație, care poate cuprinde: Evaluare holistică și examen clinic pe aparate, Stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, Susținerea pacientului și familiei pentru luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, Prescrierea medicației, Consilierea psiho - emoțională de bază a pacientului și familiei, - se efectuează numai de către medic
2.	Aplicarea de algoritmi/protocoale specifice de comunicare (Comunicarea prognosticului și/sau diagnosticului, Înlăturarea blocajului în comunicare impus de familie) - se efectuează numai de către medic
3.	Elaborarea planului interdisciplinar de tratament și îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
4.	Aplicarea scalelor specifice (ex: SAV, BPI modificat, ESAS modificat, MMSE, instrumente standardizate de evaluare a anxietății, depresiei, delirului etc.) - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
5.	Evaluarea statusului funcțional și a capacității de autoîngrijire pe baza scalelor specifice (ex: PPS, KARNOFSKY, ECOG, Barthel) - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
6.	Activități de suport: Recomandarea de investigații clinice sau pentru internare, concediu medical, certificat medical constatator al decesului, - se efectuează numai de către medic
7.	Aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic pentru managementul simptomelor (fatigabilitate, dispnee, anorexie, greață, vărsături, constipație, insomnie, delir, anxietate, depresie etc.) și/sau a durerii somatice/viscerale/ neuropatice - se efectuează de către medic și asistentul medical
8.	Efectuarea de manevre diagnostice și terapeutice (montare sondă urinară, paracenteză evacuatorie, debridarea escarelor) - se efectuează numai de către medic
9.	Recoltarea de produse biologice și patologice - se efectuează de către medic și asistentul medical
	Monitorizarea pacientului pentru eficiența intervențiilor,

10.	Educarea pacientului și familiei pentru aplicarea planului de îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
11.	Educarea și informarea pacientului pentru auto-îngrijire - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
12.	Îngrijire terminală - se efectuează de către medic, asistentul medical și psiholog
13.	Monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative), Îngrijirea escarelor/stomelor/tumorilor exulcerate/pansamente - se efectuează de către medic și asistentul medical
14.	Montarea și îngrijirea sondei urinare - se efectuează de către medic și asistentul medical
15.	Montare dispozitiv subcutanat de administrare a medicației - se efectuează de către medic și asistentul medical
16.	Mobilizarea pacientului pentru profilaxia escarelor și menținerea autonomiei funcționale pacientului - se efectuează de asistentul medical și kinetoterapeut
17.	Aplicarea de metode nefarmacologice de tratament al simptomelor - se efectuează de către toți membrii echipei interdisciplinare
18.	Evaluare psihologică specializată - se efectuează de către psiholog
19.	Consiliere psihologică specializată a pacientului și familiei - se efectuează de către psiholog
20.	Psihoterapie individuală - se efectuează de către psiholog
21.	Elaborarea planului de kinetoterapie cu reevaluare funcțională periodică a pacientului - se efectuează de către fizioterapeut
22.	Kinetoterapie pediatrică (metoda Bobath, metoda Kabath, ADL) - se efectuează de către fizioterapeut
23.	Kinetoterapie respiratorie (managementul secrețiilor: tapotaj, gimnastică respiratorie, posturare) - se efectuează de către fizioterapeut
24.	Kinetoterapie profilactică - se efectuează de către fizioterapeut
25.	Aplicare benzi kinesiologice - se efectuează de către fizioterapeut
26.	Kinetoterapie în boli oncologice și boli asociate (exerciții, tehnici, manevre specifice, posturări) - se efectuează de către fizioterapeut

NOTĂ:

Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu se acordă în condițiile stabilite prin [anexa nr. 31B](#) la prezentul ordin.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/REGATUL UNIT AL MARIII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la [lit. A](#) din prezenta anexă.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la [lit. A](#) din prezenta anexă, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 31A

CONDIȚIILE

acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu
și modalitățile de plată ale acestora

Articolul 1

(1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu respectă modelul prezentat în [anexa nr. 31 C](#) la ordin.

(3) Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la același furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu sau la același furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte și pentru asistența medicală primară, specialități clinice și de medicină fizică și de reabilitare.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici a recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

(5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medici de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații în ambulatoriu pentru recomandările eliberate de medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

Articolul 2

(1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în [anexa nr. 30 A](#) la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 60 lei (pentru mediul urban), respectiv 75 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei (pentru mediul urban), respectiv 70 de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum și costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în [anexa nr. 30 A](#) la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Numărul și tipul serviciilor efectuate trebuie să fie același cu numărul și tipul serviciilor recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod

de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care sau acordat îngrijirile.

(4) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu. După întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la [alin. \(3\)](#), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni.

(6) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă/calificată a acestuia.

(7) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura persoanei care a furnizat serviciul de îngrijire, precum și evoluția stării de sănătate. Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, persoana împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului confirmă efectuarea acestor servicii prin semnarea fișei de îngrijiri medicale la domiciliu.

Articolul 3

(1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat la furnizor.

Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

1. medic primar de specialitate - 20 puncte;
2. medic specialist - 18 puncte;
3. asistenți medicali - 13 puncte;
4. fizioterapeut - 13 puncte;

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

(2) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform structurii de personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri medicale la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toți furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obținută conform literei b se înmulțește cu numărul de puncte obținut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(4) Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și asistent/asistenți medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor alin. (1)-(3), se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Articolul 4

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv. La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate și raportate în vederea decontării de personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri la domiciliu.

(2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare, și se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 55 de lei reprezentând tariful în lei pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 pentru mediul urban se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

(3) În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 55 de lei reprezentând tariful în lei pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 pentru mediul urban se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinația îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.

(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu eliberate anterior datei de 1 iulie 2021, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu să facă obiectul pachetului de bază.

Articolul 5

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenței de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere prevederile art. 3 din prezenta anexă.

Articolul 6

(1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate.

Al doilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia casei de asigurări de sănătate care va certifica - la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, în limita prevăzută la [art. 2 alin. \(3\)](#) și ulterior predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective.

Prezentarea recomandării la casa de asigurări de sănătate se poate face de către asigurat, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului.

În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.

Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se atașează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situații casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanțe între datele înscrise pe recomandare și cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna și lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală cu datele de contact ale acestora.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

(2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 7

(1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu recomandate și efectuate. La solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziție fișele de îngrijiri medicale la domiciliu, precum și documentul semnat electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată de către medicul care a făcut recomandarea prin care acesta și-a dat avizul pentru modificarea sau întreruperea schemei de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentului ordin.

(3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă.

(4) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența recomandărilor aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizațiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 9

Medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, care prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

Anexa nr. 31B

CONDIȚIILE

acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu
și modalitățile de plată ale acestora

Articolul 1

(1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, eliberată de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate, inclusiv medicii cu atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu respectă modelul prezentat în [anexa nr. 31 D](#) la prezentul ordin.

(3) Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, cu excepția unității sanitare cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru eficientizarea managementului cazurilor externe din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soț/soție sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la același furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu sau la același furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte și pentru specialități clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu și pentru medicină fizică și de reabilitare.

(4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și care nu cuprind diagnosticul stabilit.

(5) Medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic, și medicii cu competență /atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor paliative la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, în registrul de consultații în ambulatoriu, pentru recomandările eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic sau în registrul de consultații a cabinetului, pentru recomandările eliberate de medicii de familie.

Articolul 2

(1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în [anexa nr. 30 B](#) la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijiri paliative la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 105 lei.

În tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire, precum și costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu. Prin o zi de îngrijiri paliative la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat. Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4) x tariful/zi de îngrijire.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri.

Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În cazul în care, conform nevoilor identificate de echipa multidisciplinară și consemnate în planul de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabilește pe baza protocolului de monitorizare în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 E la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu poate stabili planul de îngrijire în funcție de necesitățile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Planul de îngrijire paliativă se întocmește la prima vizită și în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la casa de asigurări de sănătate. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

(4) În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor paliative la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative la domiciliu asiguratul are nevoie de o nouă recomandare.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni; numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 180 de zile în ultimele 11 luni.

Articolul 3

(1) În vederea stabilirii valorii de contract se are în vedere punctajul corespunzător numărului de echipe multidisciplinare.

(2) Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu competență/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenți medicali cu normă întreagă cu studii

aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinica/consiliere psihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum și un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu își poate desfășura activitate și alt personal, în funcție de nevoile pacienților aflați în îngrijire.

(3) Fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu obține un punctaj corespunzător numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

(4) Pentru fiecare echipă multidisciplinară cu componență minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primește 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care își desfășoară activitatea la furnizor în afara componenței minime a echipelor multidisciplinare. O normă întreagă poate fi acoperită și de mai multe persoane cu aceeași calificare profesională.

(5) Programul de activitate al furnizorului, solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și de celălalt personal din cadrul echipei multidisciplinare care acordă în zilele respective servicii de îngrijiri paliative conform planurilor de îngrijire, și care își desfășoară activitate într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

(6) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă formate din personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri paliative la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toți furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obținută conform literei b se înmulțește cu numărul de puncte obținut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

d. suma maxim posibil de contractat de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate nu poate depăși valoarea rezultată din înmulțirea tarifului pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu cu numărul maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de furnizorul respectiv conform structurii de echipe multidisciplinare cu componență minimă și programului de lucru al personalului din componența echipei.

(7) Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipă multidisciplinară cu componență minimă de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

(8) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform prevederilor [alin. \(1\) - \(6\)](#), se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Articolul 4

(1) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire paliativă, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare,

cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv

La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce pot fi efectuate și raportate în vederea decontării, de personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 90 de minute
- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijire paliativă se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare, și se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijire paliativă acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu de 105 lei, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

(3) În trimestrul IV 2021 în situația în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

(4) În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinația îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 60 de zile calendaristice al recomandării.

(6) Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de iulie 2021, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri paliative să facă obiectul pachetului de bază.

Articolul 5

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenței de îngrijire paliativă la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere prevederile [art. 3](#) din prezenta anexă.

Articolul 6

(1) Recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se atașează la foaia de observație/fișa medicală, după caz. În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate. Al doilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat /reprezentantul acestuia casei de asigurări de sănătate, care va certifica - la momentul prezentării recomandării -

încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, în limita prevăzută la [art. 2 alin. \(3\)](#) și ulterior predat furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective.

Prezentarea recomandării la casa de asigurări de sănătate se poate face de către asigurat, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului.

În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.

Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

Casa de asigurări de sănătate la momentul prezentării recomandării va înmâna și lista de furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, respectiv datele de contact ale acestora.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

(2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Articolul 7

(1) În baza planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentului ordin.

(3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă.

(4) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor de îngrijire efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența recomandărilor aferente serviciilor de îngrijire raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea Comisiei de Paliative a Ministerului Sănătății sau a organizațiilor profesionale întâlniri cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 9

Medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

Anexa nr. 31C

- model -
RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu
Nr. / (***)

***) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

I. Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Telefon asigurat

3. Domiciliul

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

6. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:
.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificția internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. statusul de performanță ECOG*)

*) statusul de performanță ECOG:

- statusul de performanță ECOG 3 - pacientul este incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare);

- statusul de performanță ECOG 4 - pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare).
.....

8.

Servicii de îngrijiri recomandate: (cu denumirea din anexa nr. 30 A la ordin*1))	periodicitate/ritmicitate*2)
a)
b)
c)
d)

*1) la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / / 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022;

*2) periodicitate/ritmicitate serviciilor recomandate se stabilește pentru fiecare tip de serviciu în parte, în concordanță cu diagnosticul, cu patologia pacientului și statusul de performanță ECOG al acestuia.

9. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu**)

***) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maximum 15 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.
.....

10. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu:
.....
.....
.....

11. Justificare pentru recomandarea unui episod mai mare de 15 zile, dar nu mai mult de 30 de zile
.....
.....
.....

12. Codul de parafă al medicului
.....

Data

Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat Data, numele și prenumele în clar și semnătura asiguratului, aparținătorului sau împuternicitului	Data Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/ medicului de familie
---	--

NOTĂ:

- 1.** Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.
 - 2.** Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.
- II.** Casa de Asigurări de Sănătate avizează conform recomandării un număr de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și atașează lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ și punct de lucru, telefon/fax, pagină web).

Data

.....

VIZAT,

.....

NOTĂ: pct. I se completează de medicul care face recomandarea, iar pct. II se completează de casa de asigurări de sănătate.

Anexa nr. 31D

- model -

RECOMANDARE

pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. / *)

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație.

I. Furnizorul de servicii medicale din asistența medicală primară/ ambulatoriul de specialitate/ unitatea sanitară cu paturi (spitalul) C.U.I.

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate

1. Numele și prenumele asiguratului

2. Număr telefon asigurat

3. Domiciliul

4. Adresa declarată unde se vor acorda serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu

5. Codul numeric personal al asiguratului/cod unic de asigurare

6. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

.....

(Se va nota și cod diagnostic; pentru înscrierea codului de diagnostic se va utiliza clasificarea internațională a maladiilor CIM, revizia a 10-a OMS - Lista cu 999 coduri de boală, în caractere numerice.)

7. Durata (numărul de zile de îngrijire) pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)

***) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire paliativă este de maximum 30 de zile de îngrijiri. În cazul în care îngrijirile paliative nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

.....

8. Justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu

.....
.....
.....

9. Codul de parafă al medicului

.....

Data	Data
Semnătura și parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura și parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
Data, numele și prenumele în clar și semnătura asiguratului, aparținătorului sau împuternicitului .....	.....

NOTĂ:

1. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.
 2. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu și care nu cuprind diagnosticul stabilit.
- II. Casa de Asigurări de Sănătate avizează conform recomandării un număr de zile de îngrijiri paliative la domiciliu și atașează lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acestora (adresa completă sediu social, sediu lucrativ și punct de lucru, telefon/fax, pagină web)

Data
.....
VIZAT,
.....

NOTĂ: pct. I se completează de medicul care face recomandarea, iar pct. II se completează de casa de asigurări de sănătate.

Anexa nr. 31E

- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu C.U.I
Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
Numele și prenumele asiguratului
CNP/cod unic de asigurare al asiguratului
Diagnostic medical
Diagnostic boli asociate
Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor;
B - Nume prenume evaluator;
C - Semnătură evaluator.

EVALUARE INIȚIALĂ			Problema (actuală/ potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator (*)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A Nume și prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C						

RE-EVALUARE			Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator (*)	Data la care | urmează a se efectua serviciile	Nume și prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C						

*) Se vor înscrie servicii de îngrijiri paliative conform anexei nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

Anexa nr. 31F

- model -

Furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am []/nu am [] contract de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal:

- numele și prenumele

- semnătura

Anexa nr. 31G

- model -

Furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am []/nu am [] contract de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Data

.....

Reprezentant legal:

- numele și prenumele

- semnătura

Anexa nr. 32A

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail reprezentată prin Director general

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform [Hotărârii Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#)

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 2

Furnizorul prestează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#).

Articolul 3

Furnizarea serviciilor medicale de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către următorul personal medico-sanitar:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea: Grad profesional

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Asistent medical

Nume: Prenume:

Cu studii superioare: DA /NU

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate

c) Fizioterapeut

Nume: Prenume:

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate sunt cele recomandate de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru o durată recomandată de medicul care a făcut recomandarea și certificată de casa de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. /2021](#)

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul

casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate, trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor Anexei 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021;

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat serviciile de îngrijire la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

B. Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu

Articolul 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele obligații:

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

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

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază al asiguraților, fără nicio discriminare;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

j) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii, respectiv pentru serviciile de îngrijiri prevăzute în recomandare, și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

k) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021. Modelul formularului de recomandare este stabilit în anexa nr. 31 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#). Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#). Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

l) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

m) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

n) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

o) să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită în anexa 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021;

p) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite în anexa 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021;

q) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să recomande aceste medicamente cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor și să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

r) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare.

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ș) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. ș\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ț) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

u) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic;

v) să aducă la cunoștința caselor de asigurări de sănătate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat și/sau bugetul local, conform prevederilor legale în vigoare.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Suma contractată este în valoare de lei.

Suma aferentă serviciilor medicale de îngrijiri medicale la domiciliu contractate, stabilită pentru anul 2021, se defalchează lunar și trimestrial, după cum urmează:

Suma aferentă trimestrului I lei, din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

Suma aferentă trimestrului II lei, din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

Suma aferentă trimestrului III lei, din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

Suma aferentă trimestrului IV lei, din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu poate depăși suma maxim posibil de contractat pentru furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate, stabilită potrivit prevederilor anexei nr. 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021.

Articolul 9

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire medicală la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de lei (pentru mediul urban), respectiv de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de lei (pentru mediul urban), respectiv de lei (pentru mediul rural - peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ /punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum și costurile de transport la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /2021, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire medicală la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate / nr. minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

(3) Numărul maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate și raportate de personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, se stabilește având în vedere:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră
- numărul de ore în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu.

(4) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situația în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 55 de lei reprezentând tariful în lei pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 pentru mediul urban, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV, în situația în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât 55 de lei reprezentând tariful în lei pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 pentru mediul urban se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

Articolul 10

(1) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea îngrijirilor medicale la domiciliu acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate.

Trimestrial, se fac regularizări, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face lunar, conform prevederilor Anexei 31 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./.../2021.

(2) Toate documentele necesare decontării lunare și regularizării trimestriale se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 11

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 14

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Articolul 15

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\), c\), f\), h\), i\), m\)-o\), q\), r\), u\)](#) și [v\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. e\), i\)](#) și [s\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

- a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(4\)](#) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită, efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(4\)](#) se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

Articolul 16

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

- a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 118 alin. \(1\) lit. b\),c\), e\),f\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;
- b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;
- d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

(2) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - d\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la [alin. \(1\) lit. a\) - d\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

Articolul 17

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

- a) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea /anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;
- d) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
- f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 15 alin. \(1\) - \(4\)](#) pentru fiecare situație;
- g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. k\)](#) și [p\)](#).

Articolul 18

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

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
 - a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
 - c) acordul de voință al părților;
 - d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;
 - e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile [art. 18 lit. a\)](#), cu excepția încetării valabilității/ revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.
- (2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.
- (3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.
- (4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de același tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

Articolul 19

Situațiile prevăzute la [art. 16](#) și la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2\) și a3\)](#) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 22

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU
Director general,	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
Vizat Juridic, Contencios	

Anexa nr. 32B

- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail reprezentată prin Director general

și

Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin:

Persoana fizică/juridică având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, adresă e-mail

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform Hotărârii Guvernului nr.../2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

III. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

Articolul 2

Furnizorul prestează serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu asiguraților, cuprinse în anexa nr. 30 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a **H.G. nr. 696/2021**.

Articolul 3

Furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către următorul personal medico-sanitar:

a) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea: Competență/Atestat

Cod numeric personal:

Codul de parafa al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Asistent medical

Nume: Prenume:

Studii aprofundate în îngrijiri paliative

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate

c) Psiholog

Specializare

Nume: Prenume:

Studii aprofundate în îngrijiri paliative

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate

d) Fizioterapeut

Nume: Prenume:

Studii aprofundate în îngrijiri paliative

Cod numeric personal:

Program zilnic de activitate

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate în baza recomandării eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii cu atestat/competență în îngrijiri paliative din ambulatoriu și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru o durată recomandată de medicul care a făcut recomandarea și avizată de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a **H.G. nr. 696 /2021**.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a)** să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
 - b)** să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate; trimestrial se fac regularizări potrivit prevederilor Anexei 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021;
 - c)** să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de contractare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
 - d)** să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
 - e)** să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la **art. 196 alin. (1) din anexa 2 la H.G. 696/2021**, furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin email la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
 - f)** să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
 - g)** să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;
 - h)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;
 - i)** să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.
- B.** Obligațiile furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 7

Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligații:

- a)** să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
- b)** să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- c)** să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu și să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu din pachetul de bază asiguraților, fără nicio discriminare;
- d)** să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate nr./..../2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

j) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii, respectiv pentru serviciile de îngrijiri prevăzute în recomandare și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

k) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecință a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu clinic, medicii din spital la externare, precum și medicii cu atestat /competență în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este cel stabilit în anexa 31 D la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#). Medicii care recomandă servicii de îngrijiri paliative la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2021. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

l) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile pacientului identificate, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#); serviciile furnizate vor fi consemnate în fișa de observație pentru îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății;

m) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

n) să țină evidența serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

o) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu;

p) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care

urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să recomande aceste medicamente cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor și să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

q) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

s) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

ș) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. s\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

t) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

ț) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic.

u) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

v) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Suma contractată este în valoare de lei, din care:

Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

Articolul 9

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înțelege totalitatea serviciilor de îngrijiri paliative acordate asiguraților pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabilește prin înmulțirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu precum și costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative. Prin o zi de îngrijire paliativă se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporțional, funcție de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4) x tariful/zi de îngrijire

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în limita valorii lunare de contract, în funcție de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și de tariful pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

În situația în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu de 105 lei, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

În trimestrul IV, în situația în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu de 105 lei, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

Articolul 10

(1) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea îngrijirilor paliative la domiciliu acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de, cu încadrarea în sumele contractate.

Trimestrial se fac regularizări, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face lunar, conform prevederilor Anexei 31 B la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr./...../2021.

(2) Toate documentele necesare decontării lunare și regularizării trimestriale se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 11

Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător/răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate.

În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 14

Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

X. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Articolul 15

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\), c\), f\), h\), i\), m\)-q\) și t\), u\) și v\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
 - b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
 - c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (2) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. e\), i\) și r\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:
- a) la prima constatare, avertisment scris;
 - b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
 - c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:
- a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;
 - b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;
- (5) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 7 lit. w\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:
- a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;
 - b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la [art. 7 lit. w\)](#) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) pentru furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(5\)](#) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\) - \(5\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Articolul 16

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

- a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 129 alin. \(1\) lit. b\), c\), e\), f\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării-acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

Articolul 17

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/ revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

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

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 15 alin. (1) - (4) pentru fiecare situație;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. k) și l).

Articolul 18

(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/ revocării /retragerii /anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de

sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (3), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte de același tip cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (3) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

Articolul 19

Situațiile prevăzute la art. 17 și la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la art. 18 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 21

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile calendaristice înaintea datei la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 22

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 23

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 24

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin.(1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Director general,	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
Vizat	

Anexa nr. 33

**CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN
ASISTENȚA DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE ÎN SANATORII, INCLUSIV
SANATORII BALNEARE**

A. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ CUPRINDE:

1. Serviciile de recuperare medicală sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de medicină fizică și de rehabilitare, acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistență balneară	Durata maximă*)
Servicii de medicină fizică și de rehabilitare	14 - 21 zile/an/asigurat - perioadă ce poate fi repartizată în maximum 2 fracțiuni, la recomandarea medicului prescriptor și care cuprind minim 4 proceduri/zi pentru minim 5 zile/săptămână

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asigurați. Serviciile medicale se acordă și pentru durate mai mici de 14 zile.

1.1.1. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de rehabilitare în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de medicină fizică și de rehabilitare au în vedere patologia specifică și afecțiunile asociate ale asiguratului cu specificul de tratament balnear.

1.1.2. Serviciile se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de medicină fizică și de rehabilitare, cu încadrarea în prevederile mai sus menționate.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală acordate în sanatorii altele decât balneare și preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare medicală acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare medicală eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

B. PACHETUL DE SERVICII PENTRU PACIENȚII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE /SPAȚIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAȚIA ELVEȚIANĂ/ REGATUL UNIT AL MARII BRITANII ȘI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA [REGULAMENTULUI \(CE\) NR. 883/2004](#) AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ ȘI PENTRU PACIENȚII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNȚELEGERI, CONVENȚII SAU PROTOCOALE INTERNAȚIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii de recuperare medicală acordă serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă, numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 34

MODALITĂȚILE DE PLATĂ
în asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică
și de reabilitare, în sanatorii și preventorii

Articolul 1

(1) Suma negociată și contractată de sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale, pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiți conform [Legii nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

- a)** număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;
- b)** număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;
- c)** numărul de paturi contractabile cu încadrarea în planul de paturi la nivel județean, stabilit prin ordin al ministrului sănătății; numărul de paturi contractabile se stabilește de comisia prevăzută la [art. 4 alin. \(1\) lit. a\) punctul 3 din anexa 23](#) la ordin; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național luat în calcul la stabilirea capacității maxime este de 250 de zile pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale și 320 de zile pentru sanatorii/secții sanatoriale din spitale altele decât cele balneare și preventorii;
- d)** număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național;
- e)** durata de spitalizare conform [anexei nr. 25](#) la ordin sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată de spitalizare în [anexa nr. 25](#) la ordin se va lua în calcul această durată, dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin;
- f)** tariful pe zi de spitalizare negociat;
- g)** cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2020;
- h)** structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii, în vigoare la data încheierii contractului.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare/recuperare medicală, încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

- a)** numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza indicelui mediu de utilizare a paturilor la nivel național.
- b)** tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei):

- 1.** Sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale - 129
- 2.** Sanatorii/secții sanatoriale din spitale altele decât cele balnear - 121
- 3.** Preventorii - 68

NOTĂ: Pentru sanatoriile balneare/secțiile sanatoriale balneare din spitale, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

(3) Contribuția personală a asiguraților pentru asistență balneară în sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale reprezintă 35% din tariful/zi de spitalizare negociat, tarif care nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare prevăzut la [alin. \(2\) lit. b\) punctul 1](#).

(4) Pentru beneficiarii legilor speciale partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond, cu următoarele excepții:

- pentru beneficiarii [Legii nr. 51/1993](#) privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1945 - 1989, cu modificările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități sanitare de stat.
- pentru beneficiarii [Legii nr. 44/1994](#) privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare.

– pentru beneficiarii [Legii recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989](#), precum și față de persoanele care și-au jertfit viața sau au avut de suferit în urma revoltei muncitorești anticomuniste de la Brașov din noiembrie 1987 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, partea de contribuție personală se suportă din fond dacă serviciile au fost acordate în unități medicale civile de stat sau militare din subordinea Ministerului Sănătății, Ministerului Afacerilor Interne și Ministerului Apărării Naționale.

(5) Pentru serviciile medicale de recuperare medicală, acordate în sanatorii, altele decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

Articolul 2

(1) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare și recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor [art. 1](#).

(2) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare și a serviciilor de recuperare medicală, efectuate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și recuperare medicală în unități sanitare cu paturi.

Articolul 3

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

Articolul 4

Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

Articolul 5

(1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la [alin. \(2\)](#) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

Articolul 6

(1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse /transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile și preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea transmit la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secție numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite din lista de prioritate în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale, cu contribuția asiguratului conform prevederilor [art. 1](#).

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la 1 iulie 2021 și până la sfârșitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare/secțiilor sanatoriale balneare din spitale cu contribuția asiguratului conform prevederilor [art. 1](#).

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul de zile efectiv realizate.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale de la data de 1 iulie 2021 și până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

Articolul 7

Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital - cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

Medicii care își desfășoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligația ca la externarea asiguratului să elibereze prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă recomandă un tratament în ambulatoriu conform scrisorii medicale/biletului de ieșire, pentru o perioadă de maximum 30 de zile. Pentru nerespectarea acestei obligații casele de asigurări de sănătate rețin suma de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației.

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 9

Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și recuperare medicală (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare conform prevederilor din [anexa nr. 22 A](#) la ordin.

Articolul 10

Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2021 cu destinația servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare și recuperare medicală în unități sanitare cu paturi, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2021. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare condițiile avute în vedere la contractare și indicatorii specifici fiecărei unități

sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați.

Anexa nr. 35

- model - CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate , cu sediul în municipiul/orașul , str. nr , județul/sectorul , telefon , fax , e-mail , reprezentată prin Director general

și

Sanatoriul/Preventoriul/Secția sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiți conform [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizați de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată/aprobată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare având sediul în municipiul/orașul , str. nr , județul/sectorul , telefon fix/mobil , e-mail fax reprezentat prin

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr /...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [HG nr. 696/2021](#).

III. Serviciile medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, acordate în sanatorii și preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Articolul 2

Serviciile medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii și preventorii, se acordă în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [HG nr. 696 /2021](#).

V. Obligațiile părților

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
- b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor în vigoare, în limita valorii de contract;
- c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile,

convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la **art. 196 alin. (1) din anexa 2 la HG nr. 696/2021**, furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

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

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

i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în anexa 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. / /2021;

j) să țină evidența serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență aceștia;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale în cazul serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare; acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Articolul 6

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului și să asigure acordarea serviciilor medicale din pachetul de bază asiguraților fără nici o discriminare;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în anexa nr. 45 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate nr. /.... /2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în [HG nr. 720/2008, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

h) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

i) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

k) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare.

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

m) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital este un document tipizat care se întocmește la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

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

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

p) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz;

În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depune la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secție, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieșite în cursul trimestrului și număr cazuri programate aflate la sfârșitul trimestrului;

q) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ș) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. ș\)](#) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ț) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

u) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea [protocoalelor terapeutice](#) aprobate prin [Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021](#), sau că medicamentul este produs biologic;

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

w) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Suma pentru sanatorii balneare/secții sanatoriale balneare din spitale prevăzută în prezentul contract se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza și de tariful/zi de spitalizare negociat.

Valoarea contractată în sumă de lei este suma negociată diminuată cu contribuția personală a asiguraților, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistență balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x 35%	6 = 4 - 5
Servicii de medicină fizică și de reabilitare					

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii/secțiile sanatoriale din spitale, altele decât cele balneare, și preventorii este de lei și se stabilește prin negociere în funcție de numărul de zile de spitalizare estimat și tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat de lei/zi de spitalizare.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale contractate stabilită pentru anul 2021 se defalchează lunar și trimestrial după cum urmează:

– Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

– luna I lei

– luna II lei

– luna III lei

– Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

– luna IV lei

– luna V lei

– luna VI lei

– Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

– luna VII lei

– luna VIII lei

– luna IX lei

– Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

– luna X lei

– luna XI lei

– luna XII lei.

(4) Pentru sanatoriile balneare/secții sanatoriale balneare din spitale suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

Articolul 8

(1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 34 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HG nr. 696/2021.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de , cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până în ultima zi a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările și decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform prezentului contract de la data de 1 iulie 2021 și până la data de 30 noiembrie a anului în curs, conform facturilor însoțite de documentele justificative/urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, se face în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Articolul 9

Plata serviciilor medicale de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare, se face în contul nr deschis la Trezoreria statului sau în contul nr , deschis la Banca

Articolul 10

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la [art. 6 lit. a\), c\) - g\), i - m\), o\), p\), s\) și v\)](#) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

- a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunară;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 6 lit. n\), q\), t\) și u\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(3) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la [art. 6 lit. r\)](#), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;
- b) începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție offline care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la [art. 6 lit. r\)](#) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute în contract.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(3\)](#) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(3\)](#) se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

VII. Calitatea serviciilor medicale

Articolul 11

Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

Articolul 13

Reprezentantul legal al unității sanitare cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

IX. Clauză specială

Articolul 14

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

Articolul 15

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea și suspendarea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

- a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;
- b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autoritățile competente, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;
- c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.
- e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație.

(2) În situațiile prevăzute la [alin. \(1\)](#), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situația prevăzută la [alin. \(1\) lit. a\)](#), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinesc condițiile de contractare.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

- a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situații:
 - a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
 - a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la [alin. \(2\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(2\)](#) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

Articolul 18

Situațiile prevăzute la [art. 16 alin. \(1\)](#) și la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a2 și a3](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situațiile prevăzute la [art. 17 alin. \(1\) lit. a\) subpct. a1](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

Articolul 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poștă electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XII. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica, prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare, cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Articolul 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contractuale se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistența medicală acordată în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor [Legii societăților nr. 31/1990, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare, avându-se în vedere condițiile de contractare a sumelor inițiale.

Articolul 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu puțință spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizației sanitare de funcționare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare de funcționare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....
Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Director general,	Reprezentant legal,
.....
Director executiv al	
Direcției economice,	
.....	
Director executiv al	
Direcției Relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

Anexa nr. 36

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE A MEDICAMENTELOR CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Articolul 1

(1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line (componenta eliberare), cu excepția situațiilor prevăzute la [art. 208 din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, în care se utilizează prescripția medicală electronică off-line (componenta eliberare).

(3) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: o componentă care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată atât în ceea ce privește numărul medicamentelor cât și cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiate convenții pentru prescriere de medicamente, un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora și organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line atribuite.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, medicul prescriptor utilizând semnătura electronică extinsă, listează un exemplar al prescripției medicale (componenta prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

În cazul prescripțiilor medicale electronice on-line emise ca urmare a unei consultații la distanță de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care îl păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevărului de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la [art. 223 alin. \(1\)](#) și [alin. \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 2 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează și parafează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a fi depus la farmacie; în cazul prescrierii off-line a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează și parafează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripției cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

În cazul prescripțiilor medicale electronice off-line emise ca urmare a unei consultații la distanță de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta/transmite farmaciei în vederea printării acestuia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevărului de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la [art. 223 alin. \(1\)](#) și [alin. \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line și off-line, pentru situațiile prevăzute la [art. 208 din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), farmaciile eliberează medicamentele în regim off-line.

Farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripției și listează un exemplar pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului și cu semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; exemplarul componentei eliberare off-line se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere).

Pentru medicamentele cost-volum-rezultat rezultat farmacia completează componenta eliberare off-line a prescripției și listează două exemplare pe suport hârtie cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului și cu

semnătura asiguratului sau de persoana care ridică medicamentele; un exemplar al componentei eliberare off-line se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și un exemplar se înaintează casei de asigurări de sănătate.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) se semnează de către beneficiarul prescripției sau de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, identificarea făcându-se prin prezentarea cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) Pentru elevi și studenți, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Scrisoarea medicală este un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, republicată, cu modificările și completările ulterioare. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la [art. 2 alin. \(1\) și alin. \(3\)](#).

(8) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia.

Pentru a încheia convenție cu casele de asigurări de sănătate medicii trebuie să dețină semnătură electronică extinsă.

Modelul convenției este cel prevăzut în [anexa nr. 41](#) la ordin. Prin medicii/medici dentiști/medici stomatologi din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(9) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din prețul de referință se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(10) Pentru a beneficia de medicamente conform [art. 155 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anii 2021-2022, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie și actul de identitate, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există înregistrări privind numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari) pentru prescripția eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor.

Articolul 2

(1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale.

Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor [alin. \(1\)](#). Dacă situația o impune, medicii din spital pot elibera la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru maximum 90/91/92 de zile, cu excepția medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30/31 de zile.

(5) Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripția medicală electronică on-line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, și care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 92 de zile de la data emiterii acesteia în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

Articolul 3

Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în [anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#). Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

Articolul 4

(1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

Articolul 5

(1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.299 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri", pe baza scrisorii medicale transmise de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligați să prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripții medicale.

(3) În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acută/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinații.

Articolul 6

Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

Articolul 7

(1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care le-a prescris, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției /pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmânat asiguratului /primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor [art. 1 alin. \(4\)](#) - care se păstrează în evidența proprie împreună cu

prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripția medicală electronică on-line, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va /vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției, la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor [art. 1 alin. \(4\)](#) care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient. Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și sublista D, ale căror prețuri de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice asimilabile căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

(3) Înscrisura prețurilor de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista prețurilor de referință pe unitatea terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale); să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista prețurilor de referință pe unitatea terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale), dacă acesta /acestea nu există la momentul solicitării în farmacie. Solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condițiile [Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017](#) privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

Articolul 8

Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

Articolul 9

(1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

- a)** medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹ prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

- b)** medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;
 - c)** medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
 - d)** medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.
- (2)** Borderoul centralizator prevăzut la [alin. \(1\)](#) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 155 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.
- (3)** Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 155 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), după caz.
- (4)** În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.
- (5)** Modelul borderourilor centralizatoare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Articolul 10

- (1)** Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.
- (2)** Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
- (3)** Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Articolul 11

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

Articolul 12

Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

Articolul 13

(1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) Pentru situațiile prevăzute la [lit. a\) - b\)](#) se au în vedere prevederile [art. 155 alin. \(5\) - \(8\) din anexa nr. 2 la H. G. nr. 696/2021](#).

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la prețurile de referință stabilite în condițiile prevăzute la [alin. \(1\)](#), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor [art. 2 alin. \(5\)](#).

Articolul 14

Eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

Articolul 15

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2021 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripțiile medicale acordate pacienților pentru care s-a înregistrat rezultat medical, eliberate și raportate în Platforma Informatică din Asigurările de Sănătate, cu excepția celor prevăzute la [art. 12 alin. \(16\)](#) și [\(17\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011](#) privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin [Legea nr. 184/2015](#), cu modificările și completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la [alin. \(1\)](#) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la [alin. \(2\)](#) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(5) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la [alin. \(3\)](#).

Articolul 16

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3

zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Articolul 17

Formularele pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente [protocoalelor terapeutice](#) pentru medicamentele notate cu (**)*1, (**)*1^, și (**)*1P în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, și a metodologiei de transmitere a acestora în PIAS se aprobă prin ordin al președintelui CNAS și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Anexa nr. 37

- model -
CONTRACT

de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în
tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, e-mail reprezentată prin Director general,

și

– Societatea farmaceutică, reprezentată prin

– Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin,

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, fax, e-mail, și punctul în comuna, str. nr.

II. Obiectul contractului:

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

Articolul 2

Furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. /2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 cu modificările și completările ulterioare, și a reglementărilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H. G. nr. 696/2021.

Articolul 3

Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății:

1. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist

2. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist

3. din, str. nr., bl., sc., sectorul/județul, telefon/fax, cu autorizația de funcționare nr./....., eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr./....., farmacist

NOTĂ: Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

Articolul 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2021.

Articolul 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a [H.G. nr. 696 /2021](#).

V. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală, la termenele prevăzute în prezentul contract, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021a [H.G. nr. 696/2021](#);

d) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

e) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), cu privire la condițiile de acordare a medicamentelor, și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

g) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de medicamente, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

h) să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relațiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi; să actualizeze în PIAS, în timp real, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente, numele și codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic;

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

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relație contractuală și care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții;

k) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăților efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente;

l) să recupereze de la furnizorii care au acordat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu sumele reprezentând contravaloarea acestora în situația în care asigurații nu erau în drept și nu

erau îndeplinite condițiile să beneficieze de medicamente la data eliberării de către farmacii și furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică din asigurările de sănătate;

m) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să intre în relație contractuală cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente;

n) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală se află în relație contractuală, situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute de [H.G. nr. 696/2021](#), după caz.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

Articolul 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, din [Hotărârea Guvernului nr. 720 /2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în condițiile [Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017](#) privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul, într-un termen stabilit de comun acord dar nu mai mult de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea solicitării, în funcție de obiectivele acțiunii de control, volumul și data întocmirii documentelor solicitate; refuzul nejustificat furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente și recuperarea integrală a sumei reprezentând contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului nejustificat, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul și decontată de casa de asigurări de sănătate.

În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, sau atunci când furnizorul refuză să pună la dispoziția organelor de control documentele justificative prevăzute anterior, se sesizează instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; în situația în care, ca urmare a controlului desfășurat de către instituțiile abilitate, se stabilește vinovăția furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoștință a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispuse în cauza respectivă, cu recuperarea integrală a contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor în perioada verificată de instituțiile abilitate și decontată de casa de asigurări de sănătate și care depășesc valoarea achizițiilor pentru care există documente justificative;

d) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line /prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./ 2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021a [H.G. nr. 696/2021](#) referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic pentru prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante;

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

g) să întocmească și să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#); datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte și complete și să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu raportate în SIUI;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#) ;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește în conformitate cu prevederile legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia; fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală.

m) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#), nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

n) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

o) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie;

p) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

q) să depună/transmită, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;

r) să nu utilizeze, în campaniile publicitare ale farmaciilor aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, referințe la medicamentele compensate și gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția informării asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate și gratuite;

- s)** să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, din [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare;
- ș)** să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;
- t)** să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;
- ț)** să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, situația consumului de medicamente corespunzătoare substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii;
- u)** să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;
- v)** să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării medicamentelor. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
- w)** să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;
- x)** să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004](#) privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform [lit. g\)](#), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;
- y)** să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform [lit. g\)](#), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;
- z)** să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție care nu sunt incluse în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și/sau excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

aa) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ab) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

ac) să elibereze conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost- volum/cost-volum-rezultat.

VI. Modalități de plată

Articolul 8

(1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**)¹ prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 155 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistă B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la [art. 155 alin. \(3\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#), după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată și înaintează prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line (componenta prescriere și componenta eliberare), urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Articolul 9

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun/transmit la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Documentele necesare decontării, respectiv facturile și borderourile centralizatoare în format electronic, se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentanților legali ai furnizorilor.

Articolul 10

(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție - ca și punct /puncte de lucru ale societății farmaceutice, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de la [art. 7 lit. p](#)) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. a\) - f\), h\), j\) - o\), q\) - u\), w\) - y\), aa\) și ac\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7 lit. b\)](#) nu se aplică sancțiuni, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligației prevăzute la [art. 7 lit. g\)](#) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și de ieșire pentru medicamentele eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(3\)](#) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\) - \(3\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

(7) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, precum și Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 7 lit. i\)](#) și [p\)](#), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

Articolul 11

(1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2021 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripțiile medicale acordate pacienților pentru care s-a înregistrat rezultat medical, eliberate și raportate în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția celor prevăzute la [art. 12 alin. \(16\)](#) și [\(17\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011](#) privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin [Legea nr. 184/2015](#), cu modificările și completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzută la [alin. \(1\)](#) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line și off-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la [alin. \(2\)](#) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(5) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele neavizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la [alin. \(3\)](#).

Articolul 12

Plata se face în contul nr, deschis la Trezoreria Statului.

VII. Răspunderea contractuală

Articolul 13

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune- interese.

Articolul 14

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială

Articolul 15

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din

propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care-l invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Suspendarea, rezilierea și încetarea contractului

Articolul 16

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea de către autoritățile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la [art. 151 alin. \(1\) lit. b\) - f\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul încetării, indiferent de motiv, a valabilității autorizației de funcționare;

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

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 10 alin. \(1\)](#); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a sancțiunilor prevăzute la [art. 10 alin. \(1\)](#) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică sancțiunile prevăzute la [art. 10 alin. \(1\)](#) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 10 alin. \(2\)](#); pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 7 lit. b\)](#) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

h) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzută la [art. 7 lit. z\)](#).

(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la [alin. \(1\) lit. f\), g\) și i\)](#) - pentru nerespectarea prevederilor [art. 7 lit.](#)

f), g), q), t) și z) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la [alin. \(1\)](#) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Articolul 18

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situații:

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

a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

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

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 16 alin. \(1\) lit. a\)](#), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică, în condițiile [alin. \(3\)](#) și [\(4\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(4\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(6) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, nominalizate în contract, prevederile [alin. \(3\)](#), [\(4\)](#) și [\(5\)](#) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre acestea.

Articolul 19

În situația în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

Articolul 20

(1) Situațiile prevăzute la [art. 17](#) și la [art. 18 alin. \(1\) lit. a\)](#) - [subpct. a2](#), [a3](#) și [lit. c\)](#) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la [art. 18 alin. \(1\) lit. a\)](#) - [subpct. a1](#) și [lit. d\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

Articolul 21

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul farmaciei declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

Articolul 22

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

Articolul 23

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 24

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Articolul 25

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ȘI MATERIALE SANITARE
Director general,	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției Relații contractuale,	
Vizat	
Juridic, contencios	

Anexa nr. 38

CONDIȚIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVE MEDICALE, TEHNOLOGII ȘI DISPOZITIVE ASISTIVE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. PACHET DE BAZĂ

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză auditivă		5 ani
2.	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an

3.	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an
4.	Filtru umidificator HME		1 set/lună (15 buc.)

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.

1.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză auditivă înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare****)	a1) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare a2) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare a3) sac colector special pentru colostomie/ileostomie cu evacuare a4) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu adeziv convex a5) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu adeziv convex a6) sac colector pentru colostomie/ileostomie fără evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm a7) sac colector pentru colostomie/ileostomie cu evacuare cu diametrul mai mare de 60 mm b) sac colector pentru urostomie	1 set/lună (35 bucăți) 1 set/lună (20 bucăți) 1 set**/ lună (40 bucăți) 1 set**/ lună (40 bucăți) 1 set**/ lună (25 bucăți) 1 set**/lună (40 bucăți) 1 set**/ lună (25 bucăți) 1 set/lună (15 bucăți)
2.	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanșă - suport și sac colector)	1 set***/lună
		b) pentru urostomie (flanșă - suport și sac colector)	1 set***/ lună

*) Se acordă pentru copiii cu vârsta până la 5 ani.

) Se acordă pentru pacienții care prezintă situații particulare sau complicații ale stomei *) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

****) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

2.1. Se va prescrie doar unul dintre tipurile de dispozitive de la sistemele A sau B, pentru fiecare tip (colostomie /ileostomie, respectiv urostomie).

2.2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

2.3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

2.4. Durata prescripției - pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au stome permanente și de maximum 12 luni pentru pacienții care au stome permanente.

3. Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Condom urinar		1 set*/ lună (30 bucăți)
2.	Sac colector de urină***)		1 set*/ lună (6 bucăți)
3.	Sonda Foley		1 set*/ lună (4 bucăți)
4.	Cateter urinar**)		1 set*/ lună (120 bucăți)
5.	Banda pentru incontinență urinară****)		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, medicină fizică și de reabilitare, oncologie și chirurgie pediatrică, urologie, cu precizarea că pentru vezică neurogenă recomandarea se face numai de medicul de specialitate neurologie și neurologie pediatrică.

****) Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă și nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

*****) Se acordă o singură dată în viață.

3.1. Pentru dispozitivele prevăzute la poz. 1 - 4, durata prescripției este pentru maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru pacienții care nu au incontinență urinară permanentă și de maximum 12 luni pentru pacienții care au incontinență urinară permanentă.

4. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2.	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3.	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
		d) modulară cu manșon de silicon	4 ani
4.	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5.	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani
		b) din plastic	2 ani
		c) cu vacuum	2 ani
		d) geriatrică	2 ani
		e) modulară	4 ani
		f) modulară cu vacuum	4 ani
		g) modulară cu manșon de silicon	4 ani
6.	Proteză de șold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7.	Proteză parțială de bazin hemipelvectomie	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
8.	Manșon de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon		2 ani
9.	Manșon de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manșon de silicon		2 ani

4.1. Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

4.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

4.3. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

4.4. Proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon, și-proteza de gambă modulară cu manșon de silicon, manșonul de silicon pentru proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon și manșonul de silicon pentru proteza de gambă modulară cu manșon de silicon se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, la recomandarea medicului de specialitate ortopedie și traumatologie, ortopedie pediatrică, chirurgie generală, chirurgie vasculară, chirurgie pediatrică, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice.

5. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani

		c) de deget funcțională simplă*)	2 ani
2.	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3.	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4.	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5.	Proteză de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6.	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7.	Proteză pentru amputație inter-scapulo- toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

*) se acordă pentru copii cu vârsta cuprinsă între 3 - 18 ani cu malformații congenitale.

5.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

6. Orteze

6.1. pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2.	Orteze cervicotoracice		12 luni
3.	Orteze toracice		12 luni
4.	Orteze toracolombosacrale	a) orteză toracolombosacrală	12 luni
		b) corset Cheneau	12 luni
		c) corset Boston	12 luni
		d) corset Euroboston	12 luni
		e) corset Hessing	12 luni
		f) corset de hiperextensie	12 luni
		g) corset Lyonnais	12 luni
		h) corset de hiperextensie în trei puncte pentru scolioză	12 luni
5.	Orteze lombosacrale	a) orteză lombosacrală	12 luni
		b) lombostat	12 luni
6.	Orteze sacro-iliace		12 luni
7.	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de deget		12 luni
2.	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3.	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4.	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5.	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6.	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7.	Orteze de umăr		12 luni
8.	Orteze de umăr - cot		12 luni
9.	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

6.2.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

6.3. pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Orteze de picior		12 luni
2.	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3.	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4.	Orteze de genunchi gleznă - picior	a) orteză de genunchi - gleznă- picior	12 luni
		b) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5.	Orteze de șold		12 luni
6.	Orteze de șold - genunchi		12 luni
7.	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior	a) orteză de șold - genunchi - gleznă - picior	12 luni
		b) coxalgieră (aparat)	2 ani
		c) Hessing (aparat)	2 ani
8.	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9.	Orteze corectoare de statică a piciorului	a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	6 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.3. Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 6.3.1; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

7. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		2.	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni		

7.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Lentile intraoculare*)	a) ptr. camera anterioară	
		b) ptr. camera posterioară	

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL*)	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen**)	concentrator de oxigen	
2.	Aparat de ventilație noninvazivă***)	aparat de ventilație	

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere.

***) Aparatele de administrare continuă cu oxigen se acordă pentru următoarele afecțiuni:

Oxigenoterapie de lungă durată - durata administrării cotidiene este ≥ 15 ore/zi

****) Aparatele de ventilație noninvazivă se acordă pentru următoarele afecțiuni:

- boală toracică restrictivă (scolioza gravă, pectus excavatum - stern înfundat, pectus carinatum - torace în carenă, boala Bechterew, deformarea postoperatorie sau posttraumatică, boala pleurală restrictivă)
- boală neuromusculară
- fibroza chistică

Indicații:

a. pacienți cu insuficiență respiratorie cronică, cu hipoxie severă/gravă în repaos pentru:

a.1 BPOC:

a.1.1. - la inițierea terapiei (prima prescriere) pentru valori ale raportului VEMS/CVF la efectuarea spirometriei, mai mici de 70% - asociat cu una dintre următoarele condiții:

- PaO₂ < 55 mmHG (sau SatO₂ < 88%), măsurată la distanță de un episod acut
- PaO₂ 55 - 59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%)

a.1.2. - la continuarea terapiei (următoarele prescripții) - cu una dintre următoarele condiții:

- PaO₂ < 55 mmHG (sau SatO₂ < 88%), măsurată la distanță de un episod acut
- PaO₂ 55 - 59 mmHG (sau SatO₂ < 90%) măsurată la distanță de un episod acut și unul din semnele clinice de cord pulmonar cronic, semne clinice de hipertensiune pulmonară, poliglobulie (Ht > 55%).

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

a.2 alte afecțiuni cu insuficiență respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă:

a.2.1. - pentru sindromul obstructiv la inițierea terapiei (prima prescriere) definit prin spirometrie și PaO₂ < 60 mm HG (sau Sat O₂ < 90%). La continuarea terapiei (următoarele prescripții) să îndeplinească PaO₂ < 60 mm HG (sau Sat O₂ < 90%).

a.2.2. - pentru sindromul restrictiv, la inițierea terapiei (prima prescriere) definit prin capacitate pulmonară totală < 60% din valoarea prezisă sau factorul de transfer gazos prin membrana alveolo- capilară (Dlco < 40% din valoarea prezisă și PaO₂ < 60 mm HG (sau Sat O₂ < 90%) în repaus sau la efort. La continuarea terapiei (următoarele prescripții) să îndeplinească condițiile PaO₂ < 60 mm HG (sau Sat O₂ < 90%), în repaus sau la efort.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, cardiologie, oncologie și pediatrie, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

a.3. Sindromul de apnee în somn obstructiv, sindromul de obezitate - hipoventilație, sindromul de apnee în somn central și mixt:

Oxygenoterapie nocturnă minim 6 ore/noapte, cu una dintre următoarele condiții:

- pentru SatO₂ < 90% cu durată > 30% din durata înregistrării poligrafie/polisomnografice nocturne;
- pentru SatO₂ < 88% cu durată > 5 minute în timpul titrării poligrafice/polisomnografice;

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie și alte specialități cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

b. pacienți cu insuficiență respiratorie medie sau severă a infecției SARS-CoV-2 la externarea din spital sau care au trecut printr-un sistem de triaj specific infecției SARS-CoV-2 sau pacienți cu boli infecto-contagioase cu risc pandemic care dezvoltă insuficiență respiratorie, cu următoarele condiții:

- Sat O₂ < 90% măsurată prin pulsoximetrie și/sau

- PaO₂ < 60 mm HG măsurată prin ASTRUP arterial.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile (cu reevaluare la sfârșitul perioadei)

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică, boli infecțioase, medicină internă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale

Pentru boala toracică restrictivă și boala neuromusculară, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ >= 45 mm Hg
- hipercapnie nocturnă cu PaCO₂ >= 50 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii
- normocapnie diurnă cu creșterea nivelului PTCO₂ cu >= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea diurnă, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie

Pentru fibroza chistică, alături de simptomele de insuficiență respiratorie și alterarea calității vieții, la pacient trebuie îndeplinit cel puțin unul dintre criteriile de mai jos:

- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ >= 60 mm Hg
- hipercapnie nocturnă cu PaCO₂ >= 65 mm Hg demonstrată prin analiza gazelor sanguine imediat după momentul trezirii
- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ >= 60 mm Hg și creșterea nocturnă a nivelului PTCO₂ cu >= 10 mm Hg pe timp de noapte, comparativ cu valoarea de la culcare, demonstrată prin capnometrie transcutanată sau respiratorie
- hipercapnie cronică diurnă cu PaCO₂ >= 55 - 60 mm Hg și cel puțin 2 exacerbări acute cu acidoză respiratorie care au necesitat spitalizare în ultimele 12 luni
- ca urmare directă a unei exacerbări acute care necesită ventilație invazivă sau neinvazivă, dacă valoarea PaCO₂ > 55 mm Hg persistă chiar și după stabilizarea stării.

Durata prescripției este de maximum 90/91/92 de zile în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

Medici curanți care fac recomandarea:

- medici de specialitate pneumologie cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului - Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii - Ventilație non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;
- medici de specialitate anestezie și terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux automat de aer*)		12 luni
2.	Nebulizator**)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă/bronșiolită, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie pediatrică și pediatrie. Dispozitivul include și sistemul de eliberare automată.

**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, la recomandarea medicului de specialitate pneumologie, pneumologie pediatrică și pediatrie;

11. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Baston		3 ani
2.	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3.	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraț metalică	3 ani
4.	Cadru de mers		3 ani
5.	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	3 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată*)	
		a) cu antrenare manuală/electrică	
	b) triciclu pentru copii		

*) se acordă prin închiriere

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga- dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

12. Proteză externă de sân

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1.	Proteză externă de sân și accesorii (sutien)		3 ani

NOTĂ:

Se acordă pentru femei care au suferit intervenții chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

Medici curanți care fac recomandarea medicilor de specialitate: chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă și oncologie medicală.

B. Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului economic european /Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului se acordă dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele, tehnologiile și dispozitivele asistive prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, se acordă dispozitive medicale tehnologii și dispozitive asistive în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive prevăzute la [lit. A](#) din prezenta anexă, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Anexa nr. 39

MODALITATEA

de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Articolul 1

(1) Dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă asiguraților pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate conform modelului de la [anexa nr. 39 D](#) la prezentul ordin, eliberată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, în condițiile prezentelor norme, numai ca o consecință a unei consultații raportate la casa de asigurări de sănătate.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv din Lista dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive din [anexa nr. 38](#) la ordin. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării /etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(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. Biometriile conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe

prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii în cazul pacienților cu stome permanente și pentru dispozitive pentru incontinență urinară, în cazul pacienților cu incontinență urinară permanentă, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă" respectiv "incontinență urinară permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și pentru dispozitivele pentru retenție sau/și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul; pentru cateterul urinar recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) Prescripțiile medicale pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive condiții prevăzute la [punctul 9 din anexa nr. 38](#) la ordin.

Durata prescripției pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă este de maximum 90/91 /92 de zile, în funcție de starea clinică și evoluția afecțiunii pentru persoanele care nu sunt încadrate în grad de handicap și de maximum 12 luni pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav.

(9) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv. În acest sens, se solicită o declarație a asiguratului 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; declarația rămâne la medicul care întocmește prescripția.

Articolul 2

(1) Pentru obținerea dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial /act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, actul de identitate (în copie), prescripția medicală pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv, și certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie). Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă sau prin mijloace de comunicare electronică.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare (reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizor).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată pentru un interval de maximum 12 luni consecutive. În situația pacienților cu incontinență urinară permanentă pentru obținerea dispozitivelor de incontinență urinară, prescripția medicală pe care este completată mențiunea incontinență urinară permanentă se depune împreună cu cererea la casa de asigurări de sănătate o singură dată, pentru un interval de maximum 12 luni consecutive.

Articolul 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/închirierea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se ridică de la casa de asigurări de sănătate de către beneficiar, unul dintre membrii

de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau se expediază prin poștă în maximum 2 zile de la emitere în cazul în care asiguratul solicită prin cerere. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale - numai pentru situațiile în care se impune revizuirea prescripției. Modelul unic de decizie pentru aprobarea procurării unui dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv este prevăzut în [anexa nr. 39 A](#) la ordin.

(3) Fiecare decizie, se emite pentru un singur dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă sau care se ridică direct de la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate. La decizia care se transmite asiguratului sau care se ridică de către acesta se atașează o copie a recomandării medicale.

(4) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și retenție sau/și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și retenție sau/și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, conform modelului prezentat în [anexa nr. 39 B](#) la ordin. Decizia de aprobare pentru procurarea filtrului umidificator HME este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(6) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere, iar echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(7) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, respectiv maximum 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Pentru aparatele de ventilație noninvazivă decizia de aprobare este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală și nu poate fi mai mare de 90/91/92 de zile calendaristice sau maximum 12 luni consecutive, după caz. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante, aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen și ventilație noninvazivă, este însoțită de o anexă cu 3 sau 12 taloane, după caz, corespunzător perioadelor lunare, pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, conform modelului prezentat în [anexa nr. 39 D](#) la ordin.

(8) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la [alin. \(4\)](#) și [\(7\)](#). În cazul dispozitivului fabricat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale tehnologii și dispozitive asistive, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

Articolul 4

(1) Pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive evaluați sau acreditați/înscriși în procesul de acreditare, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu

următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. Documentele se pot transmite furnizorului și prin poștă/curierat.

(2) Asigurații care au decizii cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive se pot adresa unui alt furnizor autorizat și evaluat sau acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, reluând întreaga procedură de obținere a unei noi decizii, cu mențiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Asigurații vor menționa în cererea înaintată casei de asigurări de sănătate că doresc schimbarea furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, cu precizarea denumirii furnizorului, la care vor să renunțe. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada acoperită de un talon deja raportat al deciziei anterioare.

În situația în care medicul de specialitate recomandă schimbarea tipului de dispozitiv de protezare stomii sau pentru retenție sau/și incontinență urinară asiguratului care are decizie cu valabilitate pentru maximum 12 luni consecutive, pentru aceste dispozitive se poate relua întreaga procedură pentru obținerea unei noi decizii, cu mențiunea că noua decizie anulează decizia anterioară. Data de la care are valabilitate noua decizie nu se poate regăsi în perioada acoperită de un talon deja raportat al deciziei anterioare.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, retenție sau/și incontinență urinară, fotolii rulante, echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă și filtre umidificatoare HME decizia va fi însoțită de talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane, cu excepția situației prevăzute la [alin. \(2\)](#).

Articolul 5

Lista dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în [anexa nr. 38](#) la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenii de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv.

Articolul 6

(1) Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorilor, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

(3) În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive depune/transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, facturile însoțite, după caz, de:

- copia certificatului de garanție - cu excepția dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive pentru care nu se emit certificate de garanție dar au termen de valabilitate;
- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;
- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, pentru dispozitivele de protezare stomii, retenție sau/și incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și filtre umidificatoare HME, după caz.
- dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă.
- dovada primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv expediat de către furnizor prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate - serie și număr - sau, după caz, a pașaportului persoanei care a primit dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv, situații în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv primită de către furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în format electronic; pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele

asistive acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv împreună cu primul talon corespunzător primei perioade lunare.

În situația în care dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și alin. \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.

(4) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(7) Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive acordate beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, respectiv pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

(8) În cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive expediate de către furnizor prin poștă, curierat, factura în vederea decontării dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se întocmește în luna în care furnizorul a intrat în posesia documentului privind dovada primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv.

Articolul 7

(1) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical tehnologiei sau dispozitivului asistiv, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical tehnologiei sau dispozitivului asistiv, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv corespunzătoare perioadei lunare, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, raportat la 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate anunță trimestrial furnizorii despre zilele calendaristice decontate în plus pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive acordate prin închiriere în trimestrul anterior, furnizorul urmând să întocmească factură storno pentru aceste sume.

(3) Pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor și a taloanelor corespunzătoare și continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv acordat prin închiriere de către același furnizor, decontarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare, respectiv a primului talon aferent acestor decizii.

Începând cu cel de al doilea talon, decontarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv acordat prin închiriere se face cu prima zi de valabilitate a talonului având în vedere continuitatea dintre taloanele aceleiași decizii.

Articolul 8

(1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului pentru dispozitivele care se acordă pe perioadă nedeterminată, trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical tehnologiei sau dispozitivului asistiv cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

Articolul 9

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la solicitarea organizațiilor județene ale furnizorilor întâlniri cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii sau dispozitive asistive pentru a analiza aspecte privind acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor sau dispozitivelor asistive, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii sau dispozitive asistive măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

Anexa nr. 39A

- model -

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

– prevederile [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

– prevederile [H.G. nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021/2022, precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. /..... /2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de către acesta (prin act notarial/act de reprezentare prin avocat) sau reprezentantul legal al asiguratului (Nume, prenume, CNP/cod unic de asigurare, adresă completă, telefon)

beneficiar domiciliat în CNP/cod unic de asigurare, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul de specialitate dr, din unitatea sanitară

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea directorului general al Casei de Asigurări de Sănătate nr

DECIDE

Articolul 1

Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv destinat recuperării unei deficiențe organice sau funcționale

.....
.....

Dispozitive pentru protezare stomii/Dispozitive pentru retenție sau/și incontinență urinară:

set de referință set modificat

Dispozitive medicale, tehnologii, dispozitive asistive ce se pot acorda pereche:

dreapta stânga

pe o perioadă de termen de înlocuire de

pentru beneficiarul

Articolul 2

Prețul de referință/suma de închiriere decontat(ă) de către Casa de Asigurări de Sănătate este

Articolul 3

Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

Articolul 4

Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Director General,

.....

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE, TEHNOLOGII ȘI DISPOZITIVE ASISTIVE AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL, TEHNOLOGIA SAU DIPOZITIVUL ASISTIV TIP

Furnizor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive	Adresă completă sediu social/lucratoriu (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

Anexa nr. 39B

- model -
Anexa nr. 1

LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII RETENȚIE SAU/ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR/.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

	Nume și prenume		
--	-----------------	--	--

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data
C1	C2	C3	C4	C5
12				
...				
3				
2				
1				

LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII, RETENȚIE SAU ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ ȘI FILTRE UMIDIFICATOARE HME NR/.....

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

Anexa nr. 39C

- model -
Anexa nr. 1

LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE, A ECHIPAMENTELOR PENTRU OXIGENOTERAPIE SAU VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ NR/.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;
- Casa de Asigurări de Sănătate va ștampila rubrica aferentă fiecărei perioade lunare pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul corespunzător perioadei lunare aferente, urmând ca pentru fiecare perioadă lunară să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

PENTRU FOTOLII RULANTE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

PENTRU ECHIPAMENTE PENTRU OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ

A. ACORDATE PENTRU 12 LUNI CONSECUTIVE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data
C1	C2	C3	C4	C5
12				
...				
3				
2				
1				

B. ACORDATE PENTRU 90/91/92 DE ZILE

Nr. talon	Perioada zi/lună/an	Nume și prenume CNP/cod unic de asigurare	Act identitate	Decizie nr./data
C1	C2	C3	C4	C5
3				
2				
1				

Anexa nr. 39D

- model -

PRESCRIȚIE MEDICALĂ - RECOMANDARE PRIVIND ACORDAREA DISPOZITIVELOR MEDICALE,
TEHNOLOGIILOR, DISPOZITIVELOR
ASISTIVE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE
Nr/.....*)

*) Se va completa cu numărul din registrul de consultații/foaie de observație

Unitatea medicală MF

Adresa..... Ambulatoriu

Spital

Stat membru: ROMÂNIA

CUI

Nr. contract încheiat cu Casa de asigurări de Sănătate

.....
(pentru medicul care întocmește prescripția medicală - recomandarea)

Nr. contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate se completează cu datele medicului de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital (numai pentru situațiile în care medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, întocmește prescripție medicală - recomandare)

Nume, prenume medic

Cod parafă medic

Specialitatea medicului prescriptor

Date contact medic prescriptor:

– telefon/fax medic prescriptor

(se va completa inclusiv prefixul de țară)

– e-mail medic prescriptor

1. Numele și prenumele asiguratului

(se va completa în întregime numele și prenumele asiguratului)

2. Data nașterii

3. Domiciliul

4. Codul numeric personal/cod unic de asigurare al asiguratului

5. Diagnosticul medical și diagnostic boli asociate:

6. Deficiența organică sau funcțională

– nu este ca urmare a unei boli profesionale (se bifează căsuța)

– nu este ca urmare a unui accident de muncă (se bifează căsuța) ori sportiv.

7. Pentru stomii și retenție sau/și incontinență urinară se bifează una dintre căsuțele:

permanentă set modificat

temporară

Sunt de acord cu modificarea setului

Semnătură asigurat

8. Pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvasivă se bifează una dintre căsuțele:

– cu certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

– fără certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat

Se recomandă zile/luni (maximum 90/91/92 zile sau 12 luni)

9. Pentru fotolii rulante se bifează una dintre căsuțele:

perioadă nedeterminată

perioadă determinată; se recomandă zile (maximum 90/91/92 zile)

10. Pentru protezele de membru inferior se bifează una dintre căsuțele:

proteză provizorie

proteză definitivă

11. Dispozitive medicale, tehnologii, dispozitive asistive ce se pot acorda pereche:

dreapta stânga

12. Denumirea și tipul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv recomandat:

(din anexa nr. 38 la ordin**)

** Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022.

.....
Data emiterii prescripției
Semnătura (olografă sau electronică, după caz) și parafa medicului
.....

Notă:

Recomandarea se eliberează în 3 exemplare.

Recomandarea se eliberează numai dacă deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

Anexa nr. 39E

- model -

Furnizor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că, toate dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive pentru care se transmit prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de către Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau în declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declarație cu numerele de înregistrare aferente acestor documente, pentru fiecare dispozitiv medical, conform tabelului de mai jos:

Categorie de dispozitive medicale

Nr. crt.	Denumire	Tip	Preț de vânzare cu amănuntul	Suma de închiriere	Nr. Certificat de înregistrare/document de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European	Declarație de conformitate CE
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Data		Reprezentant legal:				
.....		nume și prenume				
.....		semnătura				

Anexa nr. 40

- model -

CONTRACT

de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

I. Părțile contractante

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str nr., județul/sectorul, telefon/fax, e-mail, reprezentată prin Director general

și

Furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz,

– având sediul social în localitatea, județul/sectorul str. nr., telefon, fax, e-mail,

– se va/vor menționa și punctul/punctele de lucru din județ cu informațiile solicitate anterior, după caz.

II. Obiectul contractului

Articolul 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a **Contractului-cadru** care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anii 2021 - 2022 și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696 /2021](#).

III. Dispozitive medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive furnizate

Articolul 2

Dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#) și constau în:

- a)
- b)
- c)

Lista de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive se va detalia pe categorii, denumiri și tipuri.

IV. Durata contractului

Articolul 3

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

Articolul 4

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

Articolul 5

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista, în ordine alfabetică, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ și punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;
- b) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 196 alin. \(1\) din anexa 2](#) la H.G. nr. , furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive asupra condițiilor de contractare, precum și în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;
- c) să informeze furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat, la care anexează 1 exemplar al recomandării medicale; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive este prevăzut în anexa nr. 39 A la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#);
- e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical tehnologiei sau dispozitivului asistiv, prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical, tehnologia și dispozitivul asistiv aprobat în decizie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ și punctul de lucru pentru informarea asiguratului;
- f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;
- g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor și a documentelor obligatorii care le însoțesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

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

j) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

k) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu, precum și orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

l) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiționale, pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora și a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

m) să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii și tipuri de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

n) să comunice furnizorilor, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, cu respectarea confidențialității datelor personale.

B. Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive

Articolul 6

Furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive;

b) să livreze dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive la sediul social lucrativ, punctul/punctele de lucru sau prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru, prevăzute în prezentul contract potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv;

e) să livreze dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere, prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive care trebuie să fie aceleași cu cele prevăzute la [art. 163 alin. \(1\) lit. i\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#), precum și o declarație pe propria răspundere conform căreia toate dispozitivele medicale/tehnologiile și dispozitivele asistive pentru care se transmit prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății /Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau în declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declarație cu numerele de înregistrare aferente acestor documente, pentru fiecare dispozitiv medical, în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de dispozitive medicale. Prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive comunicate Casei Naționale de Asigurări de Sănătate vor fi valabile pe perioada de valabilitate a prețurilor de referință.

g) să întocmească și să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, facturile însoțite de documentele necesare în

vederea decontării dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite în anexa nr. 39 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696 /2021](#). Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor;

h) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în mod nediscriminatoriu;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pentru îndeplinirea acestei obligații; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării/expedierii dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și acesta se împlinște în a treia zi lucrătoare de la această dată;

k) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

l) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;

m) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive beneficiarilor formulare lor /documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în baza prescripției medicale eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

n) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor /documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

o) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, facturile, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de referință /sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați;

p) să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv după perioada de închiriere la termen/înainte de termen;

q) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

Dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive eliberate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive din pachetul de bază eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și \(1[^]1\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive;

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile [lit. q\)](#), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, unei persoane împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantului legal al asiguratului pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să livreze în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, numai dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive care corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în H.G. nr. și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#); nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului și recuperarea de către casa de asigurări de sănătate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive care nu au îndeplinit aceste cerințe.

VI. Modalități de plată

Articolul 7

(1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data de a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

Articolul 8

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei

aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical, tehnologie sau dispozitiv asistiv, sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, raportat la 30 de zile calendaristice.

Casele de asigurări de sănătate anunță trimestrial furnizorii despre zilele calendaristice decontate în plus pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive acordate prin închiriere în trimestrul anterior, furnizorul urmând să întocmească factură storno pentru aceste sume.

Articolul 9

(1) Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

În vederea decontării, furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive depune/transmite electronic la casa de asigurări de sănătate, facturile însoțite, după caz, de:

- copia certificatului de garanție cu excepția dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive, care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor pentru care nu se emit certificate de garanție dar au termen de valabilitate;
- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,
- audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate.
- taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, retenție sau /și incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și filtre umidificatoare HME, după caz,

– dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă.

– dovada primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv expediat de către furnizor prin poștă, curierat, beneficiarului sau unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate - serie și număr - sau, după caz, a pașaportului persoanei care a primit dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv, situații în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate; furnizorul poate transmite casei de asigurări de sănătate dovada primirii a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv primită de către furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în format electronic; pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive acordate prin închiriere, dovada primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se depune/se transmite electronic la casa de asigurări de sănătate numai la acordarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv împreună cu primul talon corespunzător primei perioade lunare.

În situația în care dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv se ridică de la furnizor de către beneficiar sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat, confirmarea primirii dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) și alin. \(1[^]\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situația în care ridicarea de la furnizor sau primirea la domiciliu a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se face de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate, sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv este titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.

(2) Decontarea în cazul protezării pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, a unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenție chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru același furnizor, cumulativ pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive. Prin excepție, în situația în care furnizorul care a efectuat protezarea provizorie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data emiterii deciziei de procurare a protezei definitive acesta se poate adresa unui alt furnizor autorizat și acreditat/înscris în procesul de acreditare aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; decontarea protezei definitive se face în aceleași condiții, respectiv până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, a unuia dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea protezei auditive, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

(8) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către directorul general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

(9) Pentru dispozitivele medicale, tehnologiile sau dispozitivele asistive acordate prin închiriere, în situația în care există continuitate a termenelor de valabilitate a deciziilor și a taloanelor corespunzătoare și continuitate în utilizarea de către asigurat a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv acordat prin închiriere de către același furnizor, decontarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv se face începând cu data de valabilitate a deciziilor ulterioare, respectiv a primului talon aferent acestor decizii.

Începând cu cel de al doilea talon, decontarea dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv acordat prin închiriere se face cu prima zi de valabilitate a talonului având în vedere continuitatea dintre taloanele aceleiași decizii.

Articolul 10

Plata dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive se face în contul furnizorului de dispozitive medicale tehnologii și dispozitive asistive nr deschis la Trezoreria statului/bancă.

Articolul 11

Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

Articolul 12

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

VIII. Clauză specială

Articolul 13

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv Municipiul București prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

IX. Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului

Articolul 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 6 lit. a\) - e\), h\) - p\)](#) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
 - b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
 - c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.
- (2) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\)](#) pentru furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive aduce la cunoștința furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor [alin. \(1\)](#) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

Articolul 15

Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
- b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
- c) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 163 alin. \(1\) lit. b\) - e\) și h\) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 696/2021](#) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, suspendarea operează prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație.

Articolul 16

Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale;
- b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/ revocarea/ retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de evaluare/acreditate/înscrierii în procesul de acreditare;
- c) eliminată.

La data de 29-07-2021 Prima literă c) din Articolul 16, Anexa nr. 40 a fost eliminată de [RECTIFICAREA nr. 1.068 din 29 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 743 din 29 iulie 2021](#)

c) furnizarea de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, tehnologiei sau dispozitivului asistiv emis de Ministerul Sănătății /ANMDMR și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 14 alin. \(1\)](#);

La data de 29-07-2021 sintagma: [art. 18 alin. \(1\)](#) a fost înlocuită de [RECTIFICAREA nr. 1.068 din 29 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 743 din 29 iulie 2021](#)

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative și pe cele de evidență financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcțiune și service-ul dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind decontarea din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

Articolul 17

(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive încetează în următoarele situații:

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

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă și motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului;

e) eliminată.

La data de 29-07-2021 Prima literă e) din Alineatul (1), Articolul 17 din Anexa nr. 40 a fost eliminată de RECTIFICAREA nr. 1.068 din 29 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 743 din 29 iulie 2021

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile art. 15 lit. c) cu excepția retragerii avizului de funcționare a furnizorului și a încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/acreditare/înscrisurii în procesul de acreditare a furnizorului.

La data de 29-07-2021 sintagma: art. 172 lit. c) a fost înlocuită de RECTIFICAREA nr. 1.068 din 29 iunie 2021, publicată în MONITORUL OFICIAL nr. 743 din 29 iulie 2021

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, 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 6 luni de la data încetării contractului.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(4) După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor [alin. \(2\)](#) și [\(3\)](#), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la [alin. \(3\)](#) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Articolul 18

Situațiile prevăzute la [art. 16](#) și [art. 17 alin. \(1\) lit. a\)](#) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută de [art. 17 alin. \(1\) lit. d\)](#) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

Articolul 19

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau direct la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

XI. Modificarea contractului

Articolul 20

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de data de la care se dorește modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți care va constitui anexă la prezentul contract.

Articolul 21

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Articolul 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

Articolul 23

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform [alin. \(1\)](#) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....
.....

Prezentul contract de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Director general,	FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE, TEHNOLOGII ȘI DISPOZITIVE ASISTIVE
	Reprezentant legal,
Director executiv al Direcției economice,	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
Vizat	
Juridic, Contencios	

Anexa nr. 41

- model -

CONVENȚIE*)

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală

I. Părțile convenției

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str nr, județul/sectorul, tel./fax, adresă e-mail: reprezentată prin Director general,

și

Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafa Autorizația de liberă practică /Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. .../... din cabinetul medical/unitatea sanitară, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str nr., bl., sc., et., ap., adresă e-mail:..... județul/sectorul, telefon

II. Obiectul convenției

Articolul 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Hotărârii Guvernului nr. și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H. G. nr. 696/2021.

Articolul 2

(1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

- a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți indiferent de localitatea de domiciliu a acestora;
- b) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- c) medicii care acordă asistență medicală din direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială în condițiile legii și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie;
- d) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
- e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- f) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, numai pentru elevi, respectiv studenți; medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

- a) medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele școlare și studentești;
- b) medicii care acordă asistență medicală din căminele pentru persoanele vârstnice;
- c) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții;
- d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

- a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;
- b) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retro-alveolară și panoramică.

(4) prin medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinete școlare și studentești menționați la [alin. \(1\) - \(3\)](#) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, care sunt finanțate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

IV. Obligațiile părților

Articolul 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

- a) să informeze medicii cu care încheie convenții asupra condițiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;
- b) să controleze medicii privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentei convenții;

- c) să țină evidențe distincte ale prescripțiilor medicale electronice, eliberate de aceștia;
- d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de casa de asigurări de sănătate conform criteriilor din platforma informatică din asigurările de sănătate;
- e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții;
- f) să monitorizeze lunar investigațiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenții.

Articolul 4

Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

- a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;
- c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în convenție;
- d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;
- e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;
- f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;
- g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:
 - medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile, pentru elevi și studenți indiferent de localitatea de domiciliu a acestora; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;
 - medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu;
 - medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;
 - medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;
 - medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, republicată cu modificările și completările ulterioare, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru perioadele prevăzute la [art. 156 alin. \(9\) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021](#);

– medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

h) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond; să asigure utilizarea formularelor electronice (bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice) de la data la care acestea se implementează;

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

j) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

k) să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

Articolul 5

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 4 lit. i\)](#), se recuperează o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate.

(2) Recuperarea sumelor prevăzute la [alin. \(1\)](#) și la [art. 4 lit. f\)](#) și [h\)](#) se face prin plată directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu atât pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Pentru cazurile prevăzute la [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la [alin. \(1\)](#) nerespectarea obligației de la [art. 4 lit. i\)](#), se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezentul ordin .

V. Rezilierea și încetarea convenției

Articolul 6

Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 4 lit. a\) - h\)](#) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguraților în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătății.

Articolul 7

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;
 - a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat convenția;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - a4) a survenit decesul medicului;
 - a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România.
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de voință al părților;
- d) denunțarea unilaterală a convenției de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

Articolul 8

Situațiile prevăzute la [art. 6](#) și la [art. 7 lit. a\) subpct. a2\), a4\) și a5\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la [art. 7 lit. a\) subpct. a1\)](#), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

Articolul 9

- (1) Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților.
- (2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea convenției

Articolul 10

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate	
Director general,	Medic
.....
Director executiv al Direcției economice,	
.....	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	

*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.

Pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești finanțate de la bugetul de stat, convenția se încheie între casa de asigurări de sănătate și medicii respectivi.

Medicii menționați în prezenta anexă încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Anexa nr. 42

- model -

CONVENȚIE

privind eliberarea biletelor de internare

I. PĂRȚILE CONVENȚIEI

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str nr, județul/sectorul, telefon/fax adresă e-mail, reprezentată prin director general.....,

și

– Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str nr., județul/sectorul, telefon adresă email

– Unitatea sanitară cu paturi, cu sediul în, str. nr., telefon, fax adresă e-mail, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr, autorizația sanitară de funcționare nr. , dovada de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare nr, codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare și contul nr, deschis la Trezoreria Statului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenției nr

– Cabinet de medicina muncii - indiferent de forma de organizare - reprezentat prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str nr., județul /sectorul, telefon, adresă e-mail

– Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, prin contractul nr., cu sediul în, str nr., telefon, fax, adresă e-mail reprezentat prin, codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

II. OBIECTUL CONVENȚIEI

Articolul 1

Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de internare conform Hotărârii Guvernului nr. și a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr/...../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021

Articolul 2

Eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

3.

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

3.

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. /.....

2. Medicul (nume, prenume), CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. /.....

3.

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

2. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

3. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /..... /

2. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /..... /

3. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /..... /

D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate

1. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

2. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

3. Medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. /.....

III. Prezenta convenție este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2021.

IV. Obligațiile părților

Articolul 3

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze spitalele, unitățile medico-sociale și cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private cu care încheie convenții asupra condițiilor în care medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități pot elibera bilete de internare pentru servicii medicale spitalicești;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitalicești acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unitățile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și de medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenții.

Articolul 4

Unitățile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii, centrele de dializă private și furnizorii de servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; să completeze formularele electronice de bilete de internare, de la data la care acestea se implementează;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii convenției, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării convenției; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în convenție;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

g) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

V. Rezilierea și încetarea convenției

Articolul 5

Prezenta convenție se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;
- b) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România a/al medicului care eliberează bilete de internare pentru servicii medicale spitalicești; în situația în care convenția cu unitatea medico-socială/cabinetul de medicina muncii/centrul de dializă privat/spitalul se încheie pentru mai mulți medici, ridicarea de către organele de drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/ Colegiului Medicilor Stomatologi din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a medicului respectiv;
- c) nerespectarea obligațiilor asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;
- d) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii convenției privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitalicești, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte;
- e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziție organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenții, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora.

Articolul 6

Prezenta convenție încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenție;
 - a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
 - a4) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Stomatologi din România.
- b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- c) acordul de voință al părților;
- d) denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea convenției.

Articolul 7

Situațiile prevăzute la [art. 5](#) și la [art. 6 lit. a\) subpct. a2\)](#) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situația prevăzută la [art. 6 lit. a\) subpct. a1\)](#), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea convenției.

VI. Corespondența

Articolul 8

- (1) Corespondența legată de derularea prezentei convenții se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poștă electronică sau direct la sediul părților.
- (2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenție să notifice celeilalte părți schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea convenției

Articolul 9

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenții, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenție a fost încheiată astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenție.

Casa de Asigurări de Sănătate	Unitatea medico- socială/
Director general,	Unitate sanitară cu paturi/

	Cabinet de medicina muncii/
	Centrul de dializă privat
	Reprezentant legal
Director executiv al Direcției economice,	.....
.....	
Director executiv al Direcției relații contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	

NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din centrele de dializă private sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

Pentru medicii menționați în prezenta anexă se încheie convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care își desfășoară activitatea medicii respectivi.

Anexa nr. 43

- MODEL -

Denumire Furnizor

Medic

Contract/convenție nr.

CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că, născut la data de, CNP/cod unic de asigurare, a fost consultat în serviciul nostru la data de nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării:

.....

.....

Diagnosticul și codul de diagnostic:

.....

.....

.....

.....

Anamneză:

.....

– factori de risc

.....

Examen clinic:

– general

.....

.....

– local

.....

.....

Examene de laborator:

– cu valori normale

.....
.....

– cu valori patologice

.....
.....

Examene paraclinice:

EKG

.....
ECO

Rx

.....
Altele

Tratament efectuat:

.....
.....
.....

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

.....
.....
.....

Tratament recomandat

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nota: Se va specifica durata pentru care se poate prescrie de medicul din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, fiecare dintre medicamentele recomandate.

Indicație de revenire pentru internare

- da, revine pentru internare în termen de
- nu, nu este necesară revenirea pentru internare

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informații:

- S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia
- Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar
- Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una dintre cele trei informații:

- S-a eliberat concediu medical la externare/consultația din ambulatoriu, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia
- Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una dintre cele două informații:

- S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una dintre cele două informații:

- S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu
- Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:

Nr. înregistrare a asiguratului:

Data Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

Anexa nr. 44

- MODEL -

Denumirea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

punct de lucru

.....

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Sărbători legale.

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/ telefon	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A
Sediul social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar de lucru*)									
Domiciliu beneficiari									
Dispecerat									

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

Data	Reprezentant legal:
.....	nume și prenume
	semnătura

Anexa nr. 45

- MODEL -

Denumirea furnizorului

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

punct de lucru

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Sărbători legale.

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/ telefon e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate**)							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	A
Sediul social lucrativ									

Punct de lucru/punct secundar de lucru*)										
.....										

*) se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent.

***) pentru medicii de familie se completează distinct programul la cabinet și programul la domiciliu.

Data	Reprezentant legal:
.....	nume și prenume
.....	semnătura

Anexa nr. 46

- MODEL -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str nr tel./fax

e-mail pagină web

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str nr., bl .., sc .., et .., ap .., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, e-mail cont nr. deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în, str nr., bl .., sc .., et .., ap .., sector/județ, tel./fax, e-mail reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

suspendarea

rezilierea

încetarea

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale cu nr. .../.... începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. ... din anexa nr. 2 la [Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022 și dispozițiilor art. din anexa nr. la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./..../2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a [H.G. nr. 696/2021](#)

DIRECTOR GENERAL,	
.....	
Director executiv al Direcției economice,	Director executiv al Direcției relații contractuale
.....
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

Anexa nr. 47

DISPOZIȚII GENERALE

1. Formularele cu regim special care se întocmesc în 2 exemplare - bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și biletele de internare.
2. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice, bilete de internare, pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului/codului unic de asigurare al asiguratului beneficiar, codului de parafă al medicului și numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
3. Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

4. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezența la program pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la aceștia, trebuie să fie în concordanță cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării, sau modificat ulterior prin act adițional, după caz.

5. Modelul formularului de prescripție medicală electronică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Modelele de formulare pentru prescripțiile de preparate stupefiante și psihotrope se aprobă conform prevederilor legale în vigoare.

6. Modelul de bilet de trimitere pentru specialitățile clinice, paraclinice și pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

7. Furnizorii au obligația să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate.

8. Furnizorii de servicii medicale au obligația să recomande asiguraților tratamentul cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

9. Toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate.

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

10. Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice sau competență/atestat de studii complementare - pentru îngrijiri paliative, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice sau a competenței/atestatului de studii complementare - pentru îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate/mai multe specialități clinice cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative își pot desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice.

11. Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1. În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciului examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris sau nu pe lista medicului de familie, pentru care nu este necesară prezentarea cardului. Pentru consultațiile la distanță nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

11.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului. Pentru consultațiile la distanță nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru serviciile medicale cu scop diagnostic - caz, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la finalizarea serviciului medical.

11.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare și pentru acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet la momentul acordării

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament /fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament.

11.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator - prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de

trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6. În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat
- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului
- la internare și la externare pentru pacienții din secțiile de psihiatrie, internați prin procedură de internare nevoluntară - consemnată în foaia de observație la motivele internării.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la fiecare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.

11.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

11.8. În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii și preventorii, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9. Pentru dispozitive medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive, este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul se ridică de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive sau este expediat beneficiarului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat. În situația în care ridicarea dispozitivului de la sediul lucrativ /punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale sau primirea la domiciliu se face de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate /buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care dispozitivul se eliberează prin poștă, curierat, prezentarea cardului nu este necesară; dovada primirii dispozitivului expediat de către furnizor prin poștă, curierat, de către beneficiar sau aparținătorul acestuia - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat, reprezentant legal - cu specificarea adresei la care s-a făcut livrarea, seria și numărul actului de identitate sau după caz, a pașaportului persoanei care a primit dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv.

11.10. Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul ridicării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se ridică de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, sunt postate pe site-ul www.cnas.ro.

13. În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), acestea vor fi comunicate prin publicare pe site-ul propriu la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice/comunicate de presă. Ordinul emis de președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile [art. 210](#) din [Hotărârea Guvernului nr. 696/2021](#) se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, secțiunea informații publice /comunicate de presă.

14. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii

medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive nu sunt aplicabile situațiilor în care asigurații execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv, precum și cei care se află în executarea măsurilor prevăzute la [art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal](#), cu modificările și completările ulterioare.

15. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de [Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, republicată](#), care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate /pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul.

Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, prezintă în prealabil la casa de asigurări de sănătate la care este luată în evidență persoana pe care o reprezintă documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării acestui document în evidențele proprii ale casei de asigurări de sănătate.

16. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate /eliberate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale /europene în vigoare privind serviciile de încredere. Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

16.1. În asistența medicală primară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative la domiciliu: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

16.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare și pentru acupunctură - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei de tratament /zilei în care se acordă servicii de acupunctură.

16.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator: în maximum 3 zile lucrătoare de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 3 zile lucrătoare de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale. Reglementarea nu se aplică pentru investigațiile paraclinice de laborator prevăzute în pachetul de bază care nu sunt recomandate pe biletul de trimitere de către medicul de specialitate din specialitățile clinice sau medicul de familie, după caz, și care se efectuează pe răspunderea medicului de laborator.

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

16.6. În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 3 zile lucrătoare de la data vizitei.

16.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri, în maximum 3 zile lucrătoare de la data zilei în care au fost acordate îngrijirile.

16.8. Pentru unitățile specializate - în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

16.9. În asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii: în maximum 3 zile lucrătoare de la data externării din sanatoriu/preventoriu.

16.10. Pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive: în maximum 3 zile lucrătoare de la data ridicării dispozitivului de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei cu grad de rudenie I și II, soț/soție, împuternicit legal prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului. În situația în care dispozitivul se expediază prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului.

17. Pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi se întocmește fișă de spitalizare de zi, conform modelului prevăzut în [anexa nr. 4 la Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006](#) privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare. Fac excepție serviciile acordate în camerele de gardă și în structurile de primire urgențe din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății, pentru care se întocmește fișă pentru spitalizare după modelul prevăzut în [anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007](#) privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

18. În cazul încetării de drept a contractului prin decesul titularului cabinetului medical individual, decontarea serviciilor medicale acordate și raportate (în termenul maxim de 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical) până la data decesului, se face moștenitorilor legali sau testamentari pe baza unei cereri depuse la sediul casei de asigurări de sănătate, însoțită de următoarele documente:

- dovada calității de moștenitori;
- copie de pe actele de identitate ale moștenitorilor;
- contul bancar în care se va face plata serviciilor medicale.

Cererea va fi depusă la sediul casei de asigurări de sănătate cu care titularul cabinetului medical individual a avut contract. Cererea poate fi transmisă și prin poștă sau alte mijloace electronice de transmitere la distanță.

Casa de asigurări de sănătate, va proceda la validarea serviciilor prestate și raportate (în termenul legal de 3 zile lucrătoare) de către titularul cabinetului medical individual decedat, în luna următoare prestării acestora, în termenul prevăzut în contract.

Decontarea acestor servicii se supun prevederilor contractului încheiat între cele două părți.

Plata se va efectua în contul indicat de moștenitori, în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii.

Eventualele diferențe negative vor fi comunicate moștenitorilor și vor fi recuperate prin plata directă sau prin executare silită.

19. Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

Anexa nr. 48

CHESTIONAR PRIVIND SATISFAȚIA PACIENTULUI

Acest chestionar este menit să ne sprijine în ameliorarea performanței activității spitalului; răspunsurile la acest chestionar rămân anonime.

1. Când ați intrat prima dată în această unitate ce impresie v-ați făcut? Alegeți trei cuvinte care descriu cel mai bine situația din acel moment din unitatea de primire

Cuvinte	Ordinea priorității*)
Curățenie
Lux
Aglomerare
Dezordine
Mizerie
Disciplină
Liniște
Sărăcie
Altul
1.
Altul
2.

*) Bifați 1, 2 sau 3 în ordinea priorității.

2. Situația din unitatea de primire, pe care tocmai ați descris-o, v-a modificat starea de spirit? (bifați o singură variantă)

	DA	NU
M-a demoralizat		
Nu a avut niciun efect		
Mi-a ridicat moralul		

3. Cum ați ajuns să apelați la internare pentru spitalul nostru (bifați una din variantele de răspuns):

- V-ați prezentat direct la camera de gardă
- Ați avut trimitere de la medicul dumneavoastră de familie
- Ați venit cu trimitere de la medicul din ambulator
- Ați venit cu ambulanța
- Altă situație

4. Sunteți la prima internare sau la o reinternare?

- Prima internare
- Reinternare

În cadrul acestei internări, puteți spune că:

	DA	NU
P1. Ați fost primit cu amabilitate de la început?	1	0
P2. Ați fost condus la explorări?	1	#
P3. Ați făcut baie la internare?	1	0
P4. Ați fost informat pe înțelesul dvs. despre boală, tratament, risc operator, prognostic?		
P5. Ați adus medicamente de acasă?	1	0
P6. Ați avut complicații post-operatorii?	1	0
P7. Fiolele s-au deschis în fața dvs.?	1	0
P8. Ați sesizat orice formă de condiționare a îngrijirilor de care ați avut nevoie?	1	0
P9. Ați simțit nevoia să recompensați prin diverse mijloace un cadru medical pentru a beneficia de mai multă atenție din partea acestuia		

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri.

Apreciați pe o scală de la 1 la 5 calitatea serviciilor menționate mai jos primite de către dvs.

Serviciul	1 Total nesatisfăcătoare	2 Parțial nesatisfăcătoare	3 Nesatisfăcător	4 Bună	5 Foarte bună	6 Nu am beneficiat/ nu am observat
Atitudinea personalului la primire	1	2	3	4	5	9
Atitudinea personalului pe parcursul șederii dvs. în unitate	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de medic	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de asistente	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea acordată de infirmiere	1	2	3	4	5	9
Îngrijirea post operatorie și ATI	1	2	3	4	5	9
Calitatea meselor servite	1	2	3	4	5	9
Calitatea condițiilor de cazare- salon (dotare, facilități)	1	2	3	4	5	#
Calitatea grupurilor sanitare (băi + WC)	1	2	3	4	5	#
Curățenia în ansamblu	1	2	3	4	5	#

Casetele marcate cu # sunt de culoare gri închis.

Ținând cont de toate cele menționate mai sus vă rugăm să ne spuneți: Cât de mulțumit sunteți/ați fost?

Foarte nemulțumit	Parțial nemulțumit	Nemulțumit	Parțial mulțumit	Foarte mulțumit
1	2	3	4	5

Dacă ar fi să aveți nevoie de un serviciu medical disponibil în această unitate v-ați întoarce aici?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

Dacă un apropiat, un prieten sau altă persoană ar avea nevoie de un serviciu medical despre care știți că este disponibil aici i-ați recomanda să vină?

Sigur NU	Mai degrabă NU	Poate da/ poate nu	Mai degrabă DA	Sigur DA
1	2	3	4	5

După toată această perioadă petrecută aici, care este lucrul pozitiv care vă vine în minte?/Ce v-a plăcut cel mai mult?

Dar negativ?/Ce nu v-a plăcut?

Elemente de socio-demografie (încercuți situația care vi se aplică)

D1. Sexul			
-----------	--	--	--

1. Masculin	2. Feminin		
D2. Vârsta			
1. < 20 de ani	2. 20 – 29 ani	3. 30 – 39 ani	4. 40 – 49 ani
5. 50 – 59 ani	6. 60 – 69 ani	7. 70 ani și peste	
D3. Mediul de rezidență			
1. Urban	2. Rural		
D4. Ultima școală absolvită			
1. Primară (1 – 4 clase)	2. Gimnazială (5 – 8)	3. Liceu	4. Facultate
D5. Starea civilă			
1. Căsătorit	2. Necăsătorit	3. Concubinaj	4. Văduv
5. Divorțat			

NOTĂ:

Colectarea informațiilor pe baza prezentului chestionar se face cu respectarea prevederilor Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a [Regulamentului \(UE\) 2016/679](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a [Directivei 95/46/CE](#) (Regulamentul general privind protecția datelor).

Anexa nr. 49

A. STRUCTURA DE PERSONAL CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRATĂ ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

N r. c rt.	NUME ȘI PREN UME	C N P	Cl d par afă (du pă ca z)	Certificat/Autorizație de liberă practică eliberat/eliberată de Organizația profesională/Autoritatea competentă, după caz*			Spe cialit atea **	Atestat de studii comple ntare		Grad profesio nal		Asigurare de răspunde re civilă			Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			Program de lucru/zi (interval orar: ora de inceput- ora de final) ***	Total ore /săptă mâna
				Număr	Data eliberării	Data Expirării****		Denu mirea studiil or	Di n DA TA	Grad profe siona l	Di n D AT A	N u m ă r	V al o r e	Dat a elib erării	Dat a expirării	Ti p contract (CIM/PFA /PFI etc.)	Num ăr cont ract			Di n D AT A

* se completează pentru toate categoriile de personal care intră sub incidența contractului (medici, biologi medicali /biologi, chimiști medicali/chimiști, biochimiști medicali/biochimiști, fizicieni, bioingineri, cercetători științifici în anatomie-patologică, absolvenți colegiu imagistică medicală, fizioterapeuți, psihologi, etc)

** se completează în situația în care un medic are mai multe specialități confirmate prin ordin al ministrului

***programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

**** se completează cu data expirării avizului anual

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

B. STRUCTURA DE PERSONAL

PERSONAL MEDICO-SANITAR (ASISTENTA/SORĂ MEDICALĂ/MOAȘĂ) - CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	CI	Certificat eliberat de organizația profesională				Specialitatea	Asigurare de răspundere civilă				Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			PROGRAM DE LUCRU /ZI (interval orar- ora de început- ora de final) *	Total ore /săptămână
				Serie și nr.	Număr	Data eliberării	Data expirării		Număr	Valoare	Data eliberării	Data expirării	Tip contract (CIM /PFA /PFI etc.)	Număr contract	Din data		

*programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte.

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,

.....

semnătură electronică extinsă/calificată

C. STRUCTURA PERSONAL

PERSONAL CONEX CARE URMEAZĂ SĂ FIE ÎNREGISTRAT ÎN CONTRACT ȘI SĂ FUNCȚIONEZE SUB INCIDENȚA ACESTUIA

NR. CRT.	NUME ȘI PRENUME	CNP	CI	Aviz/Atestat de liberă practică			Atestat de studii complementare*		Documentul care atestă forma de angajare la furnizor			PROGRAM DE LUCRU /ZI (interval orar- ora de început- ora de final)**
				Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Denumirea studiilor complementare	Din data	Tip contract (CIM /PFA/PFI etc.)	Număr contract	Din data	

* atestat de studii complementare se completează doar în cazul asistențelor medicale unde se solicită

** programul de lucru se detaliază pe fiecare zi a săptămânii, acolo unde este cazul se evidențiază și sărbătorile legale

Tabelul centralizator se completează pentru fiecare sediu (sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru) în parte:

Programul de lucru al personalului de specialitate care își desfășoară activitatea trebuie să fie în concordanță cu programul de lucru declarat pentru sediul lucrativ/punct de lucru/punct secundar de lucru.

Răspundem de legalitatea, realitatea și exactitatea datelor sus menționate

Reprezentantul legal al furnizorului,
.....
semnătură electronică extinsă/calificată

Anexa nr. 50

DISPOZIȚII

aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

Articolul 1

(1) Consultațiile, inclusiv consultațiile la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și reabilitare pentru pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID-19, sunt incluse în plata pe serviciu, iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte, la un tarif egal cu cel aferent consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice în asistența medicală primară, respectiv în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Consultațiile la distanță, altele decât cele prevăzute la [alin. \(1\)](#), se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii din asistența medicală primară, respectiv din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare.

Articolul 2

(1) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, eliberate în semestrul II al anului 2021, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru monitorizarea pacientului cu COVID-19.

(2) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare și boli neurologice, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, eliberate în semestrul II al anului 2021, vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.

(3) Investigațiile paraclinice recomandate potrivit [alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#) vor fi efectuate în termenul de valabilitate a biletelor de trimitere, dar nu mai târziu de ultima zi a lunii în care încetează starea de alertă, declarată potrivit legii.

Articolul 3

Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă, prin cheltuieli efectiv realizate se înțelege totalitatea cheltuielilor așa cum sunt prevăzute în clasificția bugetară, cu excepția celor care se suportă din alte surse decât Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Articolul 4

Se prelungește până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2, termenul de valabilitate pentru următoarele documente a căror valabilitate expiră până la această dată:

- a) biletele de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;
- b) biletele de trimitere pentru specialități paraclinice;
- c) recomandările medicale pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri paliative la domiciliu, precum și pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, ce se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate;
- d) deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive. În cazul deciziilor pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, pentru dispozitivele de protezare stomii și pentru

dispozitivele pentru incontinență urinară, al căror termen de valabilitate a fost prelungit, se emite o nouă decizie de aprobare, cu precizarea duratei pentru care se prelungește decizia inițială, precum și taloanele aferente perioadei pentru care a fost prelungită decizia. Atât noua decizie, cât și noile taloane se transmit persoanei beneficiare prin orice mijloace de comunicare.

La data de 22-10-2021 Anexa nr. 50 a fost completată de Articolul I din ORDINUL nr. 2.213 din 19 octombrie 2021, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 1009 din 22 octombrie 2021

C.T.C.E. Piatra Neamt