

Guvernul României

**HOTĂRÂRE Nr. 521*)
din 26 mai 2023**

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

Publicată în: Baza de date "EUROLEX"

***) Notă:**

Text realizat la G&G CONSULTING, Departamentul juridic (C.G.)

Cuprinde toate modificările aduse actului oficial publicate în M.Of., inclusiv cele prevăzute în:

H.G. Nr. 24/31.01.2025 Publicată în M.Of. Nr. 92/31.01.2025

Articolele care au suferit modificări sunt marcate cu albastru în Cuprins.

Pentru a le vizualiza, selectați articolul și dați click pe butonul Istoric.

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1 - (1) Se aprobă pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii, pachetul de servicii de bază, pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, și pachetul de servicii acordate în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt prevăzute în anexa nr. 1.

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

Art. 2 - Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 3 - La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

Art. 4 - Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2023.

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela Cojan

Ministrul apărării naționale,
Angel Tîlvăr

Ministrul muncii și solidarității sociale,
Marius-Constantin Budăi

Ministrul afacerilor interne,
Lucian Nicolae Bode

Ministrul investițiilor și proiectelor europene,
Marcel-Ioan Boloș

Ministrul finanțelor,
Adrian Căciu

Anexa Nr. 1

Pachetele de servicii

Cap. I

Pachetul minimal de servicii

Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază

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 curative;
- 1.2. servicii medicale de prevenție și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. 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 familie.

1.1.2. Consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice

1.1.2.1 Consultațiile în caz de boală acordate la cabinet, pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice se acordă în condițiile stabilite prin norme, iar pentru consultațiile acordate la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile acordate în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

1.2.1. Consultații preventive 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 se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuzei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la cabinet și la domiciliu.

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 înscrși pe lista medicului de familie- fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, recomandare tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. 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.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

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

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

1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice

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

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

1.5. Activitățile de suport

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

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

b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului. Acestea includ examinarea pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condițiile stabilite prin norme;

c) bilete de trimitere pentru persoanele cu suspiciune de afecțiune oncologică, eliberate în vederea confirmării afecțiunii oncologice;

d) bilete de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice recomandate în cadrul consultațiilor preventive prevăzute la pct. 1.2 subpct. 1.2.1, 1.2.3, 1.2.6 și 1.2.7;

e) biletele de trimitere în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

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

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru tratamentul prescris de medicii de familie, costurile altor activități de suport, altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5, precum și pentru investigațiile paraclinice recomandate, cu excepția serviciilor recomandate prin biletele de trimitere prevăzute la pct. 1.5 lit. c) - e).

NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană neasigurată. Detalierea serviciilor medicale acordate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

B. 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 endemoepidemic;

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.

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

1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru tratamentul prescris de medicii de specialitate și pentru serviciile medicale și dispozitivele medicale recomandate de medicii de specialitate, cu excepția investigațiilor paraclinice acordate în ambulatoriu pentru confirmarea afecțiunii oncologice și pentru testarea pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, precum și a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care medicii de specialitate eliberează bilete de trimitere.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C. Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

Pachetul minimal 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.

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

D. 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. 2.021/691/2008 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

2. Transport sanitar neasistat

NOTĂ:

Detalierea și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

E. Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicină dentară

Pachetul minimal cuprinde următoarele categorii de acte terapeutice:

- a) consultație;
- b) activități profilactice;
- c) tratamente odontale;
- d) tratamentul parodontitelor apicale;
- e) tratamentul afecțiunilor parodontiului;
- f) tratamente chirurgicale buco-dentare;
- g) tratamente protetice;

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii, formula dentară, serviciile de medicină dentară de urgență și condițiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

Cap. II**Pachetul de servicii de bază****A. 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 și profilactice;
- 1.3. servicii medicale la domiciliu;
- 1.4. servicii medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.5. activități de suport;
- 1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. 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 familie.

1.1.2. Consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice

1.1.2.1 Consultațiile în caz de boală acordate la cabinet, pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice se acordă în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere și prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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

- a) supravegherea evoluției bolii;
- b) continuitatea terapiei;
- c) screeningul complicațiilor;
- d) educația asiguratului privind autoîngrijirea.

1.1.3.1. Consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condițiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic și în condițiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

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 normelor.

1.2.2. Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidență a gravidei, supravegherea sarcinii și urmărirea lăuziei.

Consultațiile pentru urmărirea lăuziei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere se acordă la cabinet și la domiciliu.

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 înscriși pe lista medicului de familie - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. 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 stagiul de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă pentru asigurații înscriși 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 nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiii 0 - 1 an, copiii cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infectocontagioase și lăuzelor.

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

1.4. Serviciile medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice

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

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

a) serviciile medicale adiționale, conform competențelor dobândite prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz, în condițiile stabilite prin norme și în limita sumei contractate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice;

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

1.5. Activitățile de suport

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

- a) certificate de concediu medical;
- b) bilete de trimitere;
- c) prescripții medicale;
- d) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;

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

f) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate;

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

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

i) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri 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.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

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

NOTĂ:

În asistența medicală primară se decontează o singură consultație pe zi pentru o persoană asigurată. În situația în care se acordă două sau mai multe consultații în aceeași zi, medicul eliberează toate documentele necesare asiguratului ca urmare a actului medical. Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

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. serviciile 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 ambulatoriul de specialitate clinic;

1.11. serviciile de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

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.

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

1.2.1. Consultațiile pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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

1.3.1. Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitale de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. 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.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială cuprind:

- 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.

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

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

- a) proceduri diagnostice simple;
- b) proceduri diagnostice de complexitate medie;
- c) proceduri diagnostice complexe;
- d) proceduri diagnostice de complexitate superioară;
- e) proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple;
- f) proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe;
- g) proceduri terapeutice/tratamente medicale simple;
- h) proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie;
- i) proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe;
- j) tratamente ortopedice medicale;
- k) terapii psihiatrice;
- l) terapii de genetică medicală.

NOTĂ:

Terapiile psihiatrice și sfatul genetic pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.

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;
- m) medicină fizică și de reabilitare;
- n) genetică medicală;
- o) radioterapie;
- p) cardiologie pediatrică;
- q) chirurgie cardiovasculară;
- r) chirurgie orală și maxilo-facială;
- s) chirurgie pediatrică;
- ș) endocrinologie;
- t) gastroenterologie pediatrică;
- ț) pediatrie;
- u) pneumologie pediatrică.

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

- a) neurologie și neurologie pediatrică;

- a1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- a2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- b) otorinolaringologie:
 - b1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - b2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică:
 - c1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - c2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - c3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- d) reumatologie:
 - d1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - d2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- f) oncologie medicală:
 - f1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - f2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- h) hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- i) nefrologie și nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- j) oncologie și hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- k) cardiologie:
 - k1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - k2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- l) pneumologie:
 - l1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - l2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- m) îngrijiri paliative:
 - m1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - m2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - m3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- n) medicină fizică și de reabilitare:
 - n1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - n2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - n3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- o) genetică medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;
- p) radioterapie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- q) cardiologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- r) chirurgie cardiovasculară: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;

- s) chirurgie orală și maxilo-facială: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;
- ș) chirurgie pediatrică:
 - ș1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - ș2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- t) endocrinologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;
- ț) gastroenterologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
- u) pediatrie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie.
- v) pneumologie pediatrică:
 - v1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - v2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme.

NOTĂ:

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, în condițiile prevăzute în norme.

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.

1.11. Serviciile de sănătate conexe actului medical de psihooncologie acordate asiguraților cu afecțiuni oncologice sunt furnizate de psihologi cu formare complementară în psihooncologie care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordinul ministrului sănătății nr. 3.303/2023 privind aprobarea condițiilor de acordare și a tipurilor de servicii de psihologie publice conexe actului medical adresate pacienților oncologici 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/supraspecializări:

- a) chirurgie oncologică;
- b) oncologie medicală;
- c) hematologie;
- d) oncologie și hematologie pediatrică;
- e) radioterapie.

1.11.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical de psihooncologie:

- a) servicii de consultație psihologică;
- b) servicii de consiliere psihologică;
- c) servicii de evaluare clinică psihologică;
- d) servicii de stabilire a planului de intervenție psihologică.

NOTĂ:

Serviciile conexe actului medical de psihooncologie furnizate de psihologi cu formare complementară în psihooncologie pot fi acordate și la distanță în condițiile prevăzute în norme.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se decontează maximum 4 servicii de sănătate conexe actului medical de psihooncologie pe lună pentru un asigurat cu afecțiune oncologică, dar nu mai mult de un serviciu/zi/asigurat. Detalierea serviciilor conexe actului medical de psihooncologie acordate și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

Lista serviciilor, tarifele aferente și condițiile de acordare se stabilesc prin norme.

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

3. Servicii de acupunctură - consultații, cură de tratament**NOTĂ:**

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C. Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cuprinde proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în cadrul unei

serii de proceduri - efectuate în baze de tratament.

NOTĂ:

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

D. Pachetul de servicii medicale de bază pentru medicină dentară

Pachetul de servicii medicale de bază cuprinde următoarele categorii de acte terapeutice:

- a) consultație;
- b) tratamente odontale;
- c) tratamentul parodontitelor apicale;
- d) tratamentul afecțiunilor parodontiului;
- e) tratamente chirurgicale buco-dentare;
- f) tratamente protetice;
- g) tratamente ortodontice;
- h) activități profilactice.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază, formula dentară, serviciile de medicină dentară de urgență și condițiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

E. Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

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

- 1.1. Hematologie
- 1.2. Biochimie - serică și urinară
- 1.3. Imunologie și imunochimie
- 1.4. Microbiologie
- 1.5. Examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice

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

- 2.1. Radiologie - imagistică medicală
 - 2.1.1. Investigații convenționale:
 - a) investigații cu radiații ionizante;
 - b) investigații neiradiante.
 - 2.1.2. Investigații de înaltă performanță, inclusiv medicină nucleară

NOTĂ:

Condițiile și criteriile acordării investigațiilor paraclinice - analize medicale de laborator, radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară se stabilesc prin norme.

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

1. Serviciile spitalicești sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare și paliativ și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale și în funcție de tipul de spitalizare, după caz, cazare și masă.

2. În funcție de durata de spitalizare, asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

- a) spitalizare continuă;
- b) spitalizare de zi.

3. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic.

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

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

6. Criteriile de internare în spitalizare de zi, lista afecțiunilor/diagnosticilor - caz rezolvat medical, lista

cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală, lista serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, precum și tarifele aferente acestora sunt detaliate în norme.

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

G. Pachetul de servicii medicale de bază pentru 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.

2.021/691/2008, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

H.1. Pachet de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază cuprinde:

- a) măsurarea parametrilor fiziologici;
- b) administrare de medicamente;
- c) sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare;
- d) alimentarea artificială/alimentarea pasivă/alimentație parenterală;
- e) clismă cu scop evacuator/terapeutic;
- f) spălătură vaginală;
- g) manevre terapeutice;
- h) îngrijirea plăgilor/escarelor/stomelor/fistulelor/tubului de dren/canulei traheale;
- i) aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei;
- j) kinetoterapie individuală;
- k) logopedie individuală;
- l) masajul limfedemului;
- m) evaluare manuală a fecaloamelor;
- n) recoltarea produselor biologice;
- o) serviciul de evaluare clinică psihologică a pacientului oncologic furnizat de psiholog cu formare complementară în psihooncologie.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc în norme.

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

Pachetul de bază de îngrijiri paliative la domiciliu cuprinde:

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

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

3. servicii de kinetoterapie furnizate de fizioterapeuți;

4. servicii de asistență psihologică furnizate de psiholog.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc în norme.

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

1. Serviciile de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare 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 sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

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

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare acordate în sanatorii, altele decât balneare, și 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.

NOTĂ:

Condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

J. Pachetul de bază pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Medicamentele de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală sunt 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.

NOTĂ:

Condițiile privind prescrierea și eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

K. Pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Pachetul de bază cuprinde următoarele categorii de dispozitive:

1. dispozitive de protezare în domeniul ORL;
2. dispozitivele pentru protezare stomii;
3. dispozitivele pentru retenție sau/și incontinență urinară;
4. proteze pentru membrul inferior;
5. proteze pentru membrul superior;
6. orteze:
 - 6.1. pentru coloana vertebrală;
 - 6.2. pentru membrul superior;
 - 6.3. pentru membrul inferior;
7. încălțăminte ortopedică;
8. dispozitive pentru deficiențe vizuale;
9. echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;
10. dispozitive pentru terapia cu aerosoli;
11. dispozitive de mers;
12. proteză externă de sân;
13. dispozitive compresive.

NOTĂ:

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

Cap. III

Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale UE

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, titulari ai cardului 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**A. Asistența medicală primară**

1. 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, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 și pct. 1.2 subpct. 1.2.4, precum și de cele prevăzute la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, conform normelor.

2. 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, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. II lit. A, conform normelor.

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 cap. I lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 și pct. 1.2 subpct. 1.2.4 sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. A, conform normelor și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

B. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

1. 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 cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 și la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2, conform normelor.

2. 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 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 cap. II lit. B, conform normelor.

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 cap. II lit. B sau, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

NOTĂ:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării se stabilesc prin norme.

C. Asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

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, în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C conform normelor. Furnizorii acordă servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, 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/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile

medicale prevăzute la cap. II lit. C se acordă numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

D. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

1. 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, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, conform normelor, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. 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 în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D, conform normelor, 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 la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, conform normelor și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

E. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

1. 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, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

2. 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 în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor. 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/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/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 beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E se acordă numai pe baza biletului de trimitere și în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

F. Asistența medicală spitalicească

1. 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, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C, precum și de serviciile medicale de chimioterapie acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în norme. 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/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 în asistența medicală spitalicească de serviciile prevăzute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare 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.

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 cap. I lit. C sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

G. Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

1. 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 beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G, conform normelor.

2. 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 serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G, conform normelor.

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 cap. II lit. G, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

H.1. Îngrijiri medicale la domiciliu

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 cap. II lit. H.1.

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 cap. II lit. H.1, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

H.2. Îngrijiri paliative la domiciliu

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 cap. II lit. H.2.

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 cap. II lit. H.2, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

I. Asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii

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 de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I, conform normelor, 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.

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 cap. II lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

J. Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

1. 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, beneficiază de medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condițiile prevăzute în norme.

2. 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 medicamente în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condițiile prevăzute în norme.

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se acordă medicamente în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condițiile prevăzute în norme, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

K. Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

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 în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condițiile stabilite prin norme.

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 în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condițiile stabilite prin norme și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Cap. IV*)**Pachetul de servicii medicale acordate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare****I. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor asigurate în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare**

Pachetul cuprinde servicii medicale acordate persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, precum și celor cu afecțiuni oncologice confirmate.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme și sunt cuprinse în cadrul pachetului de servicii de bază pentru fiecare segment de asistență medicală.

II. Pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare**A. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**

1. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde servicii medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică - include consultații, proceduri diagnostice și servicii medicale în scop diagnostic - caz.

2. Ca urmare a acordării consultațiilor prevăzute la pct. 1, medicii pot recomanda servicii medicale în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

B. Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

Pachetul cuprinde servicii medicale acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea acesteia în regim de spitalizare de zi.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

C. Pachetul de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Pachetul cuprinde:

- a) servicii medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive prevăzute la capitolul I, lit. A, punctul 1.2, subpunctele 1.2.1, 1.2.3, 1.2.6 și 1.2.7;
- b) servicii medicale paraclinice, servicii medicale acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică pentru confirmarea acestora - analize medicale de laborator, radiologie - imagistică medicală.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică se stabilesc prin norme.

*) Cap. IV a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Cap. V*)**Pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, în aplicarea art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare**

Pachetul cuprinde servicii medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

NOTĂ:

Lista serviciilor și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

*) Cap. V a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Anexa Nr. 2**CONTRACTUL-CADRU****care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate****Cap. I*)****Asistența medicală primară**

**) Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 31 decembrie 2025, pacienții pot beneficia de îngrijiri paliative acordate la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate și/sau în regim de spitalizare de zi din pachetul de servicii de bază reglementat potrivit prevederilor anexei nr. 1, dacă nu beneficiază de îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi în cadrul Programului național de îngrijiri paliative.*

Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate exclusiv pentru acordarea de îngrijiri paliative, potrivit prezentei hotărâri, de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, furnizorii de îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și furnizorii de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, încetează de drept.

Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit prezentei hotărâri, de către furnizorii de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit prezentei hotărâri, de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri paliative acordate în regim de spitalizare de zi.

Începând cu data de 1 ianuarie 2026, contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, potrivit prezentei hotărâri, de către furnizorii de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, se modifică prin excluderea din contract a serviciilor de îngrijiri

paliative acordate în regim ambulatoriu.

Începând cu data intrării în vigoare a Programului național de îngrijiri paliative, până la data de 31 decembrie 2025, furnizorii pot acorda îngrijiri paliative la domiciliu, în ambulatoriul de specialitate, respectiv în regim de spitalizare de zi atât în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor, cât și în temeiul contractului încheiat potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare. (a se vedea art. III din H.G. nr. 24/2025)

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 1 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

(2) Asistența medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit titlului III din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară.

(3) Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Art. 2 - (1) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul urban cu deficit din punct de vedere al acoperirii cu medici de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. La lucrările comisiei participă cu rol consultativ reprezentanți ai autorităților administrației publice locale, precum și ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.

Necesarul de medici de familie cu liste proprii la nivel județean/la nivelul municipiului București cuprinde și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumită în continuare C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., inclusiv medicii de familie angajați ai furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(2) Criteriile pentru stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

(3) Comisia prevăzută la alin. (1), se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (1) de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a

caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

(4) În localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (1). Pentru aceste zone din mediul urban comisia prevăzută la alin. (1) stabilește și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale.

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

Art. 3 - Numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.

Art. 4 - (1) Pentru asigurarea calității asistenței medicale se are în vedere un număr maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie de 2.200.

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

Art. 5 - Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moașă, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei este de minimum o jumătate de normă. În cazul în care medicul are o listă de peste 2.200 de persoane înscrise, programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei este cel corespunzător programului de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 6 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

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

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

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

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

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

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

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

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

f) lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor,

precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

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

h) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

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

j) certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, pentru asistentul medical/sora medicală/moașa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

k) lista bolnavilor cu afecțiuni cronice înscrise pe lista medicului de familie.

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

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 7 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

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

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

c) să informeze persoanele asigurate și neasigurate 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 garantată a punctului per capita și pe serviciu; 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare; 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 Legii nr.

339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și ale Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.915/2006, cu modificările ulterioare, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; 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 încheiat 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 normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

g) să elibereze scrisoare medicală pentru persoanele neasigurate prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea; să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandării de îngrijiri medicale la domiciliu 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; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare;

h) să respecte 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, 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, cu modificările și completările ulterioare, 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice 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;

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, 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 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, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, în limita competenței medicului prescriptor;

l) 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 al Parlamentului European și al Consiliului, cu modificările și completările ulterioare, 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;

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

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

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

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

q) 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, cu modificările și completările ulterioare; 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 sau din pachetul minimal, după caz, în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale;

r) să respecte dreptul persoanei asigurate, precum și al persoanei neasigurate 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. 12, prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele asigurate și neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) 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 norme 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 prin norme.

Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din indemnizație socială pentru pensionari și venituri din pensii, de până la 2.020 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 norme.

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 din care să rezulte că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ș) 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(e) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în norme;

t) să întocmească bilet de trimitere pentru specialități clinice 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;

ț) 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 și a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

u) 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;

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

w) 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 împlinște în a treia 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;

x) 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. w), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

y) 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 să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiuni oncologice, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiuni oncologice și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate;

z) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice conform normelor. Furnizorii vor prezenta la contractare lista bolnavilor cu afecțiuni cronice și vor raporta la casa de asigurări de sănătate, o dată cu raportarea activității, modificările ulterioare privind mișcarea lunară a acestora.

Art. 8 - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;

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

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

d) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, 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;

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

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

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 9 - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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 și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării

acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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;

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. 197 alin. (2) 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. 197 alin. (2), în funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, și data de intrare în vigoare a prezentului contract-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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 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;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor 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;

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 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 facă publică valoarea garantată a punctului per capita și pe serviciu, prin publicarea pe pagina de web a acestora precum și numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate la nivel național, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

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 piaș 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 și a persoanelor neasigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în

format electronic - siui lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de persoane asigurate și persoane nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile prevederilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

p) să publice pe site-ul propriu lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural și urban, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială și să o actualizeze permanent;

q) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate.

Secțiunea a 5-a

Condiții specifice

Art. 10 - (1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., după caz.

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

Art. 11 - Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența necesară efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografia generală - abdomen și pelvis, competență atestată de Ministerul Sănătății și CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografiile generale - abdomen și pelvis din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară.

Art. 12 - (1) Persoanele asigurate, precum și persoanele neasigurate își pot schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni în următoarele situații:

- a) decesul medicului pe lista căruia se află înscrise;
- b) medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat;
- c) a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se aflau înscrise;
- d) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta;
- e) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată se află în arest preventiv sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv, serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află persoana, aceasta fiind înscrisă, în această perioadă, pe lista respectivului medic;

f) situațiile generate de specificul activității personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu; procedura și modalitatea de efectuare a schimbării medicului de familie se stabilesc prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale;

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

(2) Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele asigurate, respectiv pe baza cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele neasigurate, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele

căroră nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele căroră li se va emite card național duplicat, precum și pentru copiii de 0 - 18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

Art. 13 - (1) Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.

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

(3) Programul de lucru de minimum 35 de ore/săptămână pentru medicii de familie din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești se stabilește pe zile conform condițiilor specifice acestui sistem și se reglementează în normele proprii.

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

(5) Prevederile alin. (4) sunt aplicabile și unităților medico-sanitare cu personalitate juridică, care desfășoară activitate potrivit prevederilor art. 15 din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.

Art. 14 - (1) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială încheie convenție de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei.

(2) Dacă la sfârșitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban nu a înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listă stabilit potrivit art. 2 alin. (4), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit potrivit art. 2 alin. (4). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni.

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

(4) Prin excepție de la prevederile alin. (3), pentru medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o, în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depășește venitul calculat conform convenției; în caz contrar se prelungește durata de valabilitate a convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie.

(5) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și ale prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1.322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

(6) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului persoanelor asigurate și neasigurate cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe persoanele asigurate și neasigurate prin afișare la cabinet și prin orice alt mod de comunicare despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Verificarea respectării obligației de către medicul de familie se face de către casa de asigurări de sănătate.

(7) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural

rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 2 alin. (1).

(8) Preluarea unui praxis în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (7) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

(9) În cazul încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, fișele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie vor fi predate de către medicul respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate cu care s-a aflat în relație contractuală. În cazul încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate prin decesul medicului titular de cabinet, fișele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie vor fi predate de către moștenitorii legali ai medicului respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate poate preda fișele medicale, la solicitare, cu proces verbal, către persoanele care solicită propriile fișe. Pentru toate situațiile anterior menționate, este obligatorie respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal și protecția acestora. Pentru medicii de familie care își desfășoară activitatea în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., modalitatea de predare/preluare a fișelor medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie în cazul rezilierii, încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, precum și în cazul decesului medicului se stabilește prin Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale în rețeaua sanitară a ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

Secțiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale

Art. 15 - (1) Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
- b) tarif pe serviciu medical.
- c) plata pe performanță.

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

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă și gen reglementată în norme, număr de puncte ce este ajustat în funcție de gradul profesional al medicului de familie și de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, și cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme.

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

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

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

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

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

c) plata prin tarif pe serviciu medical, pentru furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, care efectuează servicii medicale paraclinice - ecografiile generale - abdomen și pelvis din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, în condițiile stabilite prin norme.

(3) Țintele în acordarea unor servicii medicale din asistența medicală primară, pentru care plata furnizorilor de servicii medicale se poate realiza și prin plata în funcție de performanță, sunt stabilite prin norme.

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

(5) Plata în funcție de performanță se acordă medicilor de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1 % din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1-3.

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

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

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

1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

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

a) 35% pentru plata per capita;

b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

(8) Pentru anul 2024, valorile garantate ale punctelor "per capita" și pe serviciu medical se mențin la nivelul valorilor valabile în semestrul II al anului 2023.

(9) Pentru anul 2025, valorile garantate ale punctelor «per capita» și pe serviciu medical sunt stabilite potrivit prevederilor art. XVIII alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 privind unele măsuri fiscal-bugetare în domeniul cheltuielilor publice pentru fundamentarea bugetului general consolidat pe anul 2025, pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru prorogarea unor termene și se mențin la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.

(10) Fondul destinat plății în funcție de performanță pentru activitatea desfășurată în anul 2024 se determină prin aplicarea unui procent de 1% la fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul 2025 și suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4), precum și sumele destinate plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției și plății activității

desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 16 - (1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul minimal acordat persoanelor neasigurate la nivelul asistenței medicale primare. În cadrul acestei evidențe, activitățile de suport acordate de către furnizori persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, precum și în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, se vor evidenția distinct.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu toți furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, inclusiv cu medicii nou-veniți, aflați în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară, care are ca obiect contractarea și decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate potrivit prevederilor art. 232 alin. (3¹) - (3⁴) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, al cărui model este prevăzut în norme.

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

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

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

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

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

(7) Actul adițional prevăzut la alin. (3) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

Actul adițional prevăzut la alin. (3) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(8) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(9) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional la contract/convenție, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii minimal contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor.

(10) Medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială care încheie convenție de furnizare de servicii medicale potrivit art. 14 alin. (1) și pentru care plata activității desfășurate se face potrivit prevederilor art. 17 au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate, evidențe care se raportează electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate cu care au

încheiat convenție, lunar, odată cu raportarea activității desfășurate conform convenției.

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

Art. 17 - (1) Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din:

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

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 stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

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

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

Art. 18 - (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, la valoarea garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea garantată pentru un punct pe serviciu. Regularizarea trimestrială se realizează până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.

(2) Furnizorii vor transmite lunar în format electronic, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.

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

(4) Consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

(5) Prin excepție, în anul 2023, consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în perioada 1 iulie 2023 - 30 noiembrie 2023 și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

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

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

(8) Pentru anul 2024, prevederile alin. (4) și (6) nu se aplică.

(9) Pentru anul 2025, prevederile alin. (4) și (6) nu se aplică.

Secțiunea a 7-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 19 - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și/sau nerespectarea prevederilor art. 14 alin. (6), se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioada de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), l) - n), p) - u), y) 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. s), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(2¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. k), constatată pe parcursul derulării contractului, cu excepția cazului în care medicul de familie a prescris medicamentul în baza unei scheme de tratament inițiate de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, precum și în situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 7 lit. k) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 7 lit. k).

(3) În cazul în care în perioada derulării 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 garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, 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 contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și o), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v), 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, recuperarea 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 prevăzută la art. 7 lit. v) 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 de prezenta hotărâre.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (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 stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată 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. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 20 - (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. 6 alin. (1) lit. b) - e) 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este 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 până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiului al profesiei; pentru celelalte forme

de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această 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, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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 și suma corespunzătoare plății per capita.

Art. 21 - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor 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 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;

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

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

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

Art. 22 - 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, desființare sau transformare 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 CMR;

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. 20 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragării/anulării dovezii de evaluare/dovezii de

acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului;

Cap. II

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 23 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligația acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se asigură de:

- a) medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical;
- b) pentru acupunctură, de către medici care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare de acupunctură, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare;
- c) pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:
 1. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină de familie care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității, cât și a competenței;
 2. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare.

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

- a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, 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;
- e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;
- f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică;
- g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare;
- h) societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii

nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003;

i) cabinetele medicale mobile, unități medicale mobile, respectiv caravane medicale, înființate potrivit prevederilor titlului V¹ din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 24 - (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice, inclusiv cu medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative confirmate prin ordin al ministrului sănătății, respectiv atestat/competență. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate și poate acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și supraspecializare/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.

(2) Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică în care își desfășoară activitatea medicii cu specialitatea obstetrică-ginecologie, precum și cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor în care își desfășoară activitatea medicii cu specialitatea obstetrică-ginecologie și medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare de planificare familială, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.

(3) Cabinetele medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu în care își desfășoară activitatea medicii cu specialități clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie și medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare, cu supraspecializare/competență/atestat de îngrijiri paliative certificate de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

(4) Numărul necesar de medicii de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medicii și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice, respectiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanți ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.

(5) Comisia prevăzută la alin. (4) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (4), de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar, la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

(6) 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, raportează serviciile conexe efectuate de aceștia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective. Serviciile publice de sănătate conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate potrivit prevederilor 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, cu modificările și completările ulterioare 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 ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România, cu modificările ulterioare, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

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

- a) au organizat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât și structura de spitalizare de zi în aceeași specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu, în condițiile prevăzute în norme;
- b) au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 964/2022 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică, cu modificările și completările ulterioare sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, în condițiile prevăzute în norme;
- c) *** Abrogată prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 25 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 23 alin. (3) și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului.

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

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

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

- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
- f) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 26 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu și acupunctură, au următoarele obligații:

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate 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. pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale diagnostice - caz; 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora 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 instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul medicul cu supraspecializare/atestat/competență de îngrijiri paliative 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 normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare.

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, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, cu modificările și completările ulterioare;

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

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea

produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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 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, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

j) 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

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

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond 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 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 norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice - caz. 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 norme. 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

o) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poșta electronică 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 alte specialități clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a 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, prin poșta electronică 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 norme;

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

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 și a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

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

s) 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;

ș) 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 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 treia 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;

ț) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetele de servicii 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 efectuate 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 treia 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;

u) 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 serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate;

v) să respecte 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, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

w) să respecte prevederile art. 159, cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

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 recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației;

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

Art. 27 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și ale art. 337 alin. (2¹), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

d) 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, furnizorii de servicii medicale pot elibera 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, 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 iar consultația respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în condițiile art. 35 alin. (3) și (4);

d¹) pentru anul 2024, 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 ale căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera 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, 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;

- e) să primească, lunar și trimestrial, cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate, motivarea, în format electronic, 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;
- f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 28 - În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru acupunctură și îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate au 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, precum și lista furnizorilor de servicii medicale ce sunt în relații contractuale cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical și să actualizeze permanent aceste liste în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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;

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. 197 alin. (2) 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 Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 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;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor 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;

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 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 facă publică valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronică a acestora,

precum și numărul total de puncte realizat trimestrial la nivel național, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; să publice pe pagina de web a acestora numărul de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de specialitate, respectiv medic cu supraspecializare/atestat/competență de studii complementare în îngrijiri paliative, precum și sumele decontate fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale;

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 și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și supraspecializării/competenței/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 norme;

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 norme;

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.

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

r) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiuni oncologice, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiuni oncologice, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate.

Secțiunea a 5-a

Condiții specifice

Art. 29 - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, după caz, înregistrat și autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, contractele/actele adiționale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități.

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 23 alin. (3) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 32 alin. (2).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, pot desfășura activitate în cabinetele medicale de

specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiși spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătății și CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme.

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

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

Art. 30 - În cadrul asistenței medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 31 - Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moașă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei acoperă minimum jumătate din programul de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 32 - (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care pentru anumite specialități există localități/zonă cu deficit de medici stabilite de comisia constituită potrivit art. 24 alin. (4), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână și mai puțin de 5 zile pe săptămână.

(2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor, pot intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru un program de minimum 35 de ore/săptămână și minimum 5 zile pe săptămână sau pentru un program sub 35 de ore/săptămână și mai puțin de 5 zile pe săptămână. Reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalului și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiși spital, iar serviciile medicale sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate.

Secțiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 33 - Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu medical în scop diagnostic-caz și tariful pe serviciu medical - consultație/caz, exprimat în lei.

Art. 34 - (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor și de valoarea garantată a punctului, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de

condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea garantată a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, fiind stabilită în norme;

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

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

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

e) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de îngrijiri paliative în ambulatoriu, stabilită în funcție de numărul de puncte corespunzătoare consultațiilor și de valoarea garantată a punctului, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent consultației și condițiile de acordare se stabilesc în norme;

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

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

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unitățile ambulatorii prevăzute la art. 23 alin. (3), cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (5);

b) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești, numai pentru elevi/studenti, în condițiile prevăzute în norme;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale;

d) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea metodologică a Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, numai pentru persoanele asistate în aceste instituții și numai în condițiile în care aceste persoane nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) 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;

f) 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;

g) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, numai pentru elevi, respectiv studenți; medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h) 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;

i) medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice.

(3) Fac excepție de la prevederile alin. (2) urgențele și afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, prevăzute în norme, serviciile de planificare familială, precum și serviciile medicale în scop diagnostic - caz, prevăzute la art. 29 alin. (6).

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2) lit. b), d) - f), i) casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situația prevăzută la alin. (2) lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru

specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situația prevăzută la alin. (2) lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevăzuți la alin. (2) lit. b), d) - g) și h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

(5) 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, numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care eliberează biletul de trimitere respectiv.

Art. 35 - (1) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe 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. 196 alin. (4).

(1¹) Pentru semestrul I și trimestrul III al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical se menține la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.

(1²) Pentru trimestrul IV al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este de 5 lei.

(1³) Pentru anul 2025, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical este stabilită potrivit prevederilor art. XVIII alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 156/2024 și se menține la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2024.

(2) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme. Regularizarea trimestrială se face până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.

(3) Consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

(4) Prin excepție, în anul 2023, consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în perioada 1 iulie 2023 - 30 noiembrie 2023 și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

(5) Pentru anul 2024, prevederile alin. (3) nu se aplică.

(6) Pentru anul 2025, prevederile alin. (3) nu se aplică.

Art. 36 - Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familială și a serviciilor de îngrijire paliativă în ambulatoriu se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

Art. 36^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, stabilit prin norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, aflați în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, care are ca obiect contractarea și decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023 privind punerea în aplicare a prevederilor art. IV din Ordonanța Guvernului nr. 26/2023 pentru modificarea art. 942 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea și completarea Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(4) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, prevăzut în norme.

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

a) suma convenită pentru consultațiile acordate persoanelor neasigurate se stabilește în raport cu numărul de puncte corespunzător consultațiilor efectuate, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor, și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical. Numărul de puncte aferent fiecărei consultații este prevăzut în norme;

b) suma convenită pentru procedurile diagnostice medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de proceduri diagnostice, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor, și cu valoarea garantată a unui punct pe serviciu. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme;

c) valoarea garantată a punctului pe serviciu este cea stabilită potrivit art. 35;

d) suma convenită pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz se stabilește în raport cu numărul de servicii în scop diagnostic - caz și tarifele aferente acestora exprimate în lei și prevăzute în norme.

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

(7) Actul adițional prevăzut la alin. (3) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(8) Actul adițional prevăzut la alin. (3) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(9) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică și să întocmească lunar factură distinctă, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(10) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în actul adițional la contract, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor.

(11) Furnizorii acordă serviciile medicale persoanelor neasigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii minimal și de bază.

*) Art. 36¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 36^{2*} - (1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale și a serviciilor conexe actului medical cuprinse în pachetul de servicii acordate persoanelor asigurate, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, la nivelul asistenței medicale

ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică și pentru serviciile conexe actului medical acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică, să întocmească lunar factură distinctă pentru serviciile acordate în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile acordate persoanelor asigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrare în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(4) Furnizorii acordă serviciile medicale persoanelor asigurate pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică, monitorizarea evoluției și tratamentul afecțiunii oncologice, în cadrul programului de activitate prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru acordarea serviciilor medicale din pachetul de servicii minimal și de bază.

*) Art. 36² a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Secțiunea a 7-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

Art. 37 - (1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea 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 garantată a punctului pentru luna în care sau 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 în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 26 lit. a), c), d), g), j) - l), o) - s), u) și v), 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 norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste 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 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.

(2¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 26 lit. i), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 26 lit. i) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 26 lit. i).

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

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste 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 garantată a unui punct pe 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 prevăzute la art. 26 lit. ș), 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, recuperarea 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 prevăzută la art. 26 lit. ș) 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 de prezentul contract-cadru.

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

(7) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 26 lit. y) se reține contravaloarea consultației.

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

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) și (8) 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.

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

(11) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) și (8) 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.

(12) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5), (7) și (8) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeași destinație.

Art. 38 - (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. 25 alin. (1) lit. b) - e) 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este 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 până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această 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, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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 și pentru serviciile prevăzute la art. 29 alin. (6) 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.

Art. 39 - 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 de îngrijiri 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 a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și a 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; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

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

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

Art. 40 - 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, desființare sau transformare 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 CMR;

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. 38 alin. (1) lit.

a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. III

Asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 41 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

(2) Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare se asigură

cu personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

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

b) unități sanitare ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

c) societăți de turism balnear și de medicină fizică și de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care îndeplinesc condițiile prevăzute de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea și funcționarea societăților comerciale de turism balnear și de recuperare, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 143/2003;

d) 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.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui fizioterapeut care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

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

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 42 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 41 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

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

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz - pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală;

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

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

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

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

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

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

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

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

j) autorizație de liberă practică pentru fizioterapeuți și aviz anualeliberat de Colegiul Fizioterapeuților din România valabilă la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

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

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 43 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului, prin completarea unei fișe de tratament întocmite conform recomandărilor din planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

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

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

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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și prevederile ulterioare;

i) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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 și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

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

l) să acorde servicii de medicină fizică și de reabilitare asiguraților numai pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme; să nu acorde servicii de asistență medicală de medicină fizică și de reabilitare asiguraților în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. 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, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordă servicii medicale 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, serviciile se acordă pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

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

n) să folosească online 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 offline; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate offline se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

p) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și

completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

q) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificațiilor tehnice.

Art. 44 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, 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; să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni;

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

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, 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;

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

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

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 45 - În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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 în ambulatoriu la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

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. art. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, potrivit normelor 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;

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 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 furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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 zi de tratament, în condițiile stabilite prin norme;

m) să deconteze serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

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

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 publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu care se află în relații contractuale;

q) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni.

Secțiunea a 5-a

Condiții specifice

Art. 46 - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

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

Art. 47 - Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se acordă în condițiile

prevăzute în norme.

Art. 48 - (1) Furnizorul își stabilește programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate;

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

Secțiunea a 6-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

Art. 49 - (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare din în ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Suma contractată se stabilește conform normelor și se defalcă pe trimestre și luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

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

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

Art. 50 - Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 51 - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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 seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(3) 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 cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

Art. 51^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat actul adițional și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale, pentru decontarea serviciilor acordate

persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru reabilitarea specifică acestei afecțiuni, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de tratament și tariful pe zi de tratament.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru serviciile medicale prevăzute la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Art. 51¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Secțiunea a 7-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

Art. 52 - (1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:

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

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 43 lit. a), c), d), g), i), j), m) și p) 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 în ambulatoriu 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 în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 43 lit. f), h) și k) 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) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) 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.

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

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7), 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.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4), (6) și (7), se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 53 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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. 42 alin. (1) lit. b) - e), 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; imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este 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 până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/certificat de membru OAMGMAMR nu este avizată/avizat pe perioada cât 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, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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 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) - f), 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.

Art. 54 - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor 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 personalului medico-sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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 fizioterapeutului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;

h) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 52 alin. (1) - (4).

Art. 55 - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu 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 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, desființare sau transformare 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 CMR;

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. 53 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerei/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. IV

Asistența medicală dentară

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 56 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină dentară trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
 - b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
 - c) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligația acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;
 - d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, în termenele stabilite pentru contractare.
- (2) Asistența medicală dentară se asigură de medici dentiști/medici stomatologi și dentiști, împreună cu alt personal, de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:
- a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii;
 - d) 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;
 - e) centre de sănătate multifuncționale, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
 - f) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică.

Art. 57 - (1) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., după caz, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătății, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare și Colegiul Medicilor Stomatologi din România - denumit în continuare CMSR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare, panoramice și tomografii dentare CBCT din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 58 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii de medicină dentară prevăzuți la art. 56 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
 - b) 1. dovada de evaluare a furnizorului precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, - pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală;
 - 2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se

acrediteze;

- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
- f) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- g) programul de activitate al cabinetului/punctului/punctelor de lucru secundare, conform modelului prevăzut în norme;
- h) certificat de membru al CMSR, pentru fiecare medic stomatolog/dentist care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

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

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor

Art. 59 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligații:

- a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul stomatolog/dentistul eliberează scrisoare medicală pentru 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 normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

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; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

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 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;

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

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond 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 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 și a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

o) 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;

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

q) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

r) 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 treia 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;

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. r) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

ș) 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 serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

t) să respecte, 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, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

Art. 60 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de

medicină dentară au următoarele drepturi:

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

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

c) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre tariful serviciului medical prevăzut în norme și suma decontată de casele de asigurări de sănătate corespunzătoare aplicării procentului de compensare la tariful serviciului medical, conform normelor;

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

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

f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la valoarea de contract stabilită în contractual încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin afișare într-un loc vizibil.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 61 - În relațiile 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, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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 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 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. art. 197 alin. (2) 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în 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, radiografie panoramică și tomografie dentară CBCT), numai dacă medicii stomatologi au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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 prin norme.

m) 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;

n) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii de medicină dentară cu care se află în relații contractuale.

Secțiunea a 5-a

Condiții specifice

Art. 62 - (1) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii de medicină dentară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

(2) Fiecare medic de medicină dentară care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 56 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 63 - În cadrul asistenței medicale ambulatorii de medicină dentară se acordă servicii medicale de medicină dentară în condițiile prevăzute în norme.

Art. 64 - (1) Cabinetele de medicină dentară își stabilesc programul zilnic de activitate, minim 5 zile pe săptămână, în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.

(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea de medicină dentară, indiferent de forma de organizare, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile prevăzute în pachetele de servicii, care se decontează din fondul alocat asistenței medicale dentare.

(3) Condițiile decontării serviciilor de medicină dentară sunt stabilite prin norme.

(4) Pentru cabinetele medicale de medicină dentară din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor alin. (2).

Art. 65 - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu:

a) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia - numai pentru elevi și studenți - pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar;

b) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice, dacă este necesară

rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Medicii prevăzuți la alin. (1) lit. a) încheie, direct sau prin reprezentantul legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, iar cei prevăzuți la alin. (1) lit. b) încheie convenție cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Secțiunea a 6-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale de medicină dentară

Art. 66 - (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical în lei.

(2) Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile privind contractarea și acordarea serviciilor medicale sunt cele prevăzute în prezenta hotărâre și în norme, iar tarifele aferente serviciilor de medicină dentară sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiști pe an se defalcă pe luni și trimestre și se regularizează conform normelor.

(3)* Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual, după data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevăzută în norme.

**) Pentru trimestrul IV al anului 2024 suma orientativă/medic specialist de medicină dentară/lună la nivel național se menține la nivelul valorii valabile în primele trei trimestre ale anului 2024. (a se vedea art. III din H.G. nr. 1.172/2024)*

Secțiunea a 7-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

Art. 67 - (1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele 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 în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații dintre cele prevăzute la art. 59 lit. a), c), d), g), i), l), n), o), q), ș) și t), precum și 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.

(2¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 59 lit. k), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 59 lit. k) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 59 lit. k).

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

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 59 lit. f), h) și m), 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 prevăzute la art. 59 lit. p), 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, recuperarea 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. 59 lit. p) 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 contract-cadru.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (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) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) 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.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 68 - (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), 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este 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 până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; 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 al 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, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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.

Art. 69 - Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor 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 entității 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; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

h) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 67 alin. (1) - (4).

Art. 70 - 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, desființare sau transformare 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;

- a) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al CMSR;
- 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. 68 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. V

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 71 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale;
- c) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare - pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se asigură de medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal și se acordă prin:

- a) laboratoare de investigații medicale paraclinice organizate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate conform Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- d) laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale, fără personalitate juridică, și laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;
- e) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică.

Art. 72 - (1) Furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii pe care îi reprezintă, în baza specialității obținute de către aceștia și confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care furnizorul este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune ori investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii - investigații

medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenței medicale paraclinice.

(3) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale paraclinice în condițiile contractului-cadru și ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenței medicale paraclinice.

(3¹) Având în vedere prevederile art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023, casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice acte adiționale la contractele de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice efectuate ca urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și a serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

(3²) Decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (3¹) se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3³) În aplicarea prevederilor art. 232 alin. (3⁵) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator acte adiționale la contractele de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat.

(3⁴) În aplicarea prevederilor art. 232 alin. (3⁶) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (3³) se face utilizând sume de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, prin transferuri către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3⁵) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, respectiv acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pentru asigurarea serviciilor medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, cu ocazia acordării consultației pentru persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, ca urmare a suspiciunii de afecțiune oncologică.

(4) Pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, toți furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie să îndeplinească criteriul de calitate prevăzut în norme.

(5) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(6) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, reprezentantul legal încheie un singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, în condițiile prevăzute în norme.

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura lor, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura lor, pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară/laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară organizat ca punct de lucru din structura lor. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, 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.

(8) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate

într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la alin. (10).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(9) Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(10) În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic, cu excepția medicilor cu specialitatea anatomie patologică, radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 15 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 73 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevăzuți la art. 71 alin. (2) și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală;
2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme;
- g) buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, denumită în continuare ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz;
- h) avizul de utilizare, emis de ANMDMR, pentru aparatura second-hand din dotare;
- i) lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor,

precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

j) programul de activitate al laboratorului/punctului/punctelor de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, conform modelului prevăzut în norme;

k) certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoțit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

l) certificat în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară;

m) dovada participării la schemele de testare a competenței pentru laboratoarele de analize medicale;

n) lista asumată prin semnătură electronică cu punctele externe de recoltare/punctele mobile de recoltare care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și autorizația sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare/punct de recoltare mobil din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

o) autorizația pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare;

p) documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea prevăzută la lit. o);

q) lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

ș) certificatul de membru al Ordinului Biochimistilor, Biologilor, Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist medical care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

t) certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România, pentru farmaciști, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor

Art. 74 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice 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. pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și puse 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 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, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2. din Anexa 1 la prezenta hotărâre, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

i) 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;

j) 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; transmiterea rezultatelor se poate face prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului;

k) 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, în ceea ce privește programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

l) 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;

m) 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, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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 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;

n) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

o) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale în 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;

p) 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 SR EN ISO 15189;

q) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice din norme. În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în norme, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

r) 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, fișe 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;

s) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat 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, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016 sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă, pentru laboratoarele de microbiologie organizate în structuri distincte; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat 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, respectiv 6 ore;

ș) 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 norme;

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;

ț) 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 norme, pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;

u) 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, cu modificările și completările ulterioare;

v) 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 pentru factură;

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

x) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la 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;

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

z) 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 treia 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;

aa) 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;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile z) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

ac) 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 serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, pentru serviciile medicale paraclinice efectuate ca urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor neasigurate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și/sau HIV.

Art. 75 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au următoarele drepturi:

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

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

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic 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;

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

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 76 - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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 și a documentelor 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; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiuni oncologică, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 77¹, acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 77², acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit art. 232 alin. (3⁶) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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. art. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale paraclinice, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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 aparatul medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

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 stabilite prin norme;

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 de prezentul contract-cadru, după caz;

q) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relații contractuale;

r) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiuni oncologice, pentru serviciile medicale paraclinice efectuate ca urmare a recomandării medicilor de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și pentru serviciile acordate persoanelor cu suspiciune de afecțiuni oncologice, în vederea confirmării diagnosticului de afecțiuni oncologice, distinct pentru persoanele asigurate, respectiv neasigurate; să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor neasigurate în vederea testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

Secțiunea a 5-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Art. 77 - (1) Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate se au în vedere criteriile privind repartizarea sumelor prevăzute în norme.

(2) Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalcă pe trimestre și luni și se regularizează conform normelor.

(3) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat în lei.

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează servicii medicale paraclinice în condițiile stabilite prin norme.

(5) Pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii 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 ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.

(6) Pentru serviciile medicale paraclinice prevăzute la alin. (5), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate de furnizori persoanelor asigurate pentru:

a) serviciile medicale paraclinice, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază;

b) serviciile medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice;

c) serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor cu afecțiuni oncologice pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

(8) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, prevăzut în norme.

(9) Actul adițional prevăzut la alin. (8) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii

medicale paraclinice în ambulatoriu.

(10) Actul adițional prevăzut la alin. (8) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (8) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(11) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (7) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale paraclinice, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(12) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu serviciile medicale acordate, raportate și validate conform normelor și tarifele corespunzătoare acestora.

(13) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (7).

(14) Pentru serviciile medicale paraclinice prevăzute la alin. (7), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(15) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice și cu medicii de familie acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat, conform programului de lucru asumat și declarat în actul adițional, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate de furnizori persoanelor asigurate pentru:

a) serviciile medicale paraclinice necesare în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, cu ocazia acordării consultației, ca urmare a suspiciunii de afecțiune oncologică;

b) serviciile medicale paraclinice acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru afecțiunea respectivă, inclusiv investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice.

(16) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu prevăzut în norme.

(17) Actul adițional prevăzut la alin. (15) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară.

(18) Actul adițional prevăzut la alin. (15) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (15) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, respectiv în asistența medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(19) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice prevăzute la alin. (15) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale paraclinice, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(20) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu serviciile medicale acordate, raportate și validate conform normelor, și tarifele corespunzătoare acestora.

(21) Furnizorii prevăzuți la alin. (15) au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (15).

(22) Pentru serviciile medicale paraclinice prevăzute la alin. (15), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 77^{1*)} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale

paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, precum și a serviciilor medicale paraclinice recomandate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat cu suspiciune de afecțiune oncologică, ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

(2) Actul adițional se întocmește potrivit modelului contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, al cărui model este prevăzut în norme.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor paraclinice efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, distinct pentru serviciile medicale paraclinice recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul minimal de servicii, respectiv pentru serviciile medicale paraclinice recomandate persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea confirmării afecțiunii oncologice ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să întocmească factură distinctă. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023.

*) Art. 77¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 77²*) - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator acte adiționale pentru decontarea lunară a sumei corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, recomandate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice, prevăzut în norme.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor paraclinice efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2024 și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de

asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale paraclinice a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale și să întocmească factură distinctă. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative pentru factură transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit art. 232 alin. (3⁶) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

*) Art. 77² a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 78 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice pe baza biletelor de trimitere eliberate, în condițiile stabilite prin norme, de către:

- a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
- b) medicii de specialitate din unitățile ambulatorii, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
- c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, și autorității judecătorești aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
- d) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară, panoramică și tomografie dentară CBCT;
- e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatric, 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.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. d) și e), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la lit. d) și e) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru investigații paraclinice de radiologie dentară.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

Art. 79 - Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

Secțiunea a 6-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Art. 80 - (1) În cazul în care perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract se aplică următoarele sancțiuni:

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 în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 74 lit. a), c), f), g), h), j), k), l), n) - p), v), w), ac) 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 perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și alte organe competente constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. m) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. e), i) și y) 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) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) -(4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) 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.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), (6) și (7) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) 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.

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4), (6) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

Art. 81 - (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) 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 de maximum 90 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este 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 până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; 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 acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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 până la data suspendării.

Art. 82 - (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 dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii 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. 80 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. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către 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. 74 lit. s). 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) și a celor prevăzute la art. 74 lit. q), ș) - u);

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. 74 lit. r);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice 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 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), g) și k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 74 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.

Art. 83 - (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, desființare sau transformare 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 CMR;

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. 81 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 aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

Cap. VI

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

Art. 84 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt acreditați sau sunt înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și celor ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 86 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Spitalele au obligația să îndeplinească condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare, pentru secțiile/compartimentele pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, pe toata durata contractului.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi cu 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, numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână și asigură prezența a cel puțin un medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialități medicale și/sau de minimum 7 ore/zi în specialități chirurgicale, după caz.

Art. 85 - Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de boli cronice și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate care tratează cazuri acute încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 86 - (1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de

asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
 - b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
 - c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;
 - d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
 - e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
 - f) lista medicamentelor - denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, și formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului - prezentată de fiecare furnizor în format electronic; lista va fi publicată de unitățile sanitare cu paturi și pe pagina web proprie;
 - g) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;
 - h) indicatorii specifici stabiliți prin norme;
 - i) declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;
 - j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
 - k) copie de pe ordinul ministrului sănătății privind clasificarea spitalului, după caz;
 - l) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu o linie/două linii de gardă, conform art. 85;
 - m) declarație pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 87 alin. (2); medicii prevăzuți la art. 87 alin. (2) vor da o declarație pe proprie răspundere cu privire la unitățile sanitare în care își desfășoară activitatea și programul de lucru aferent pentru fiecare unitate sanitară, cu obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.
 - n) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraților, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situațiile prevăzute la art. 99;
 - o) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.
- (2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
- (3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.
- (4) Medicii pentru a desfășura activitate în baza unui contract încheiat de un furnizor de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secțiunea a 3-a

Condiții specifice

Art. 87 - (1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., avându-se în vedere la

contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență. Spitalele din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(2) Fiecare medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, în condiții de siguranță și calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea prevederilor referitoare la timpul de muncă și timpul de odihnă din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, și un reprezentant al autorităților administrației publice locale.

(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (3) de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

Art. 88 - (1) În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești și decontate prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

(2) Spitalizarea de zi are o durată de maximum 12 ore/vizită/zi, dar nu mai puțin de 2 ore/vizită/zi, cu excepția serviciilor reglementate în norme.

Art. 89 - (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 casele de asigurări de sănătate, după caz, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și 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 și 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.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) următoarele situații:

a) pentru spitalizare continuă:

a.1) naștere;

a.2) urgențe medico-chirurgicale;

a.3) boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;

a.4) 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 urmării 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;

a.5) pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

a.7) transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

a.10) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie;

a.11) pacienți cu diagnostic oncologic confirmat aflați în Programul național de oncologie;

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

b.1) urgență medico-chirurgicală;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

b.4) 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;

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamică a răspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare și tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b.12) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

b.13) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie;

b.14) servicii medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic.

(3) Pacienții care prezintă un bilet de internare vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

Art. 90 - (1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabilește pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, și a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicești este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în norme;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

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 se stabilește prin 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 domiciliu, 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 se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) sume 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 cabinetele 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;

f) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale paraclinice;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

i) sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu.

j) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în norme; suma contractată se regăsește în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic;

k) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice. Pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare publice, cuantumul alocației de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

(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 Ministerului 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. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif pe serviciu medical.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei 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. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(4¹) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu în structurile organizate în

cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical aferent spitalizării de zi, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare de zi și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția situațiilor în care beneficiază de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare de zi și pentru cazurile pentru care sunt acordate servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, altele decât cele necesare acordării serviciilor medicale din spitalizare de zi.

(5) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. e), f) și i) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu unitățile sanitare publice, aflate în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzătoare alocației de hrană acordate potrivit prevederilor art. 229 alin. (5) și ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

(7) Modelul de act adițional prevăzut la alin. (6), obligațiile părților contractante, documentele justificative în baza cărora se decontează suma corespunzătoare alocației de hrană sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(8) Suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor internate în regim de spitalizare continuă în unitățile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitalicești sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată se stabilește prin raportare la numărul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate în regim de spitalizare continuă.

(9) Actul adițional prevăzut la alin. (6) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului în care se încheie.

(10) Durata actului adițional prevăzut la alin. (6) se poate prelungi pe toată durata derulării contractului încheiat de unitățile sanitare publice cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

Art. 91^{*} - (1) *La contractarea 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 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, în condițiile prevăzute în norme;*

b) *1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condițiile stabilite prin norme.*

**) Prevederile art. 91, astfel cum au fost modificate prin H.G. nr. 24/2025, sunt aplicabile începând cu trimestrul II al anului 2025. (a se vedea art. V din H.G. nr. 24/2025)*

Secțiunea a 4-a

Obligațiile și drepturile spitalelor

Art. 92 - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate 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. pachetele de servicii 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 sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;

b) *să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 treia 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;

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; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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 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;

j) 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

l) 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.

m) 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;

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

o) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată 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 ambulatoriu de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu 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; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018, cu modificările și completările ulterioare; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează 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;

p) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

q) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

r) să verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

s) 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;

ș) 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 norme;

t) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;

ț) 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;

u) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

v) 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;

w) 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 prespitalicesc;

x) 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;

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

z) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe 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 instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

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 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 normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

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 devizul estimativ pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum și formularului de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme;

aa) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ab) 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 norme; 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;

ac) 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 efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a treia 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; 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; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică, cât și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care se acordă servicii necesare confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în vederea confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu pot face dovada calității de asigurat, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ae) 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 recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

af) să respecte 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, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamente în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare;

ag) să respecte prevederile art. 159, cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

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 norme;

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.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de

asigurat se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta. Spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență. În această situație, casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme.

(2¹) Prin excepție de la prevederile alin. (2), pentru pacientul cu suspiciune oncologică care nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale în vederea confirmării afecțiunii oncologice prin internare în regim de spitalizare de zi, în baza biletului de internare eliberat de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

(3) Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se raportează distinct la casele de asigurări de sănătate și se decontează de către acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(4) Ministerul Sănătății analizează trimestrial execuția bugetului de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice cu paturi, în vederea luării măsurilor ce se impun, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 93 - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate și validate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

d) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;

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

g) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Furnizorii privați pot să încaseze contribuție personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acută finanțate pe baza sistemului DRG, plătită în mod direct de către asigurat sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme.

Secțiunea a 5-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 94 - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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. art. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor 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;

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 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 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 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; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

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 normelor;

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 normelor;

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 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.

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

ș) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial pe fiecare tip de servicii medicale spitalicești, fiecărui furnizor de servicii medicale spitalicești cu care se află în relații contractuale;

t) să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 97² alin. (1) acordate persoanelor asigurate, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, prevăzute la art. 97¹ alin. (1) acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, cu încadrarea în fondurile alocate potrivit prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023;

ț) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori în regim de spitalizare de zi persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică, cât și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care se acordă servicii necesare confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, precum și pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică sau cu suspiciune de afecțiune oncologică; să țină evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate de furnizori în regim de spitalizare de zi, în vederea confirmării diagnosticului de afecțiune oncologică, persoanelor cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu pot face dovada calității de asigurat.

Secțiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale spitalicești

Art. 95 - (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialități, stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.

(2) Spitalele beneficiază, de asemenea, și de:

a) sume aferente programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, 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, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale 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, în condițiile stabilite prin norme;

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile

stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de îngrijiri la domiciliu.

f) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile stabilite prin norme.

g) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice. Pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare publice, cuantumul alocației de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

Art. 96 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG sau de tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în norme;

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății.

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 punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

c) 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 Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, 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 domiciliu, 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 Guvernului nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele 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 cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, reglementate la

capitolul V, în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, se face în funcție de numărul de cazuri/servicii raportate și validate în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme. Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. 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 confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

j) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile stabilite prin norme.

k) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile art. 229 alin. (5) și art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

Art. 97 - (1) Prin excepție de la prevederile art. 94 lit. b) și j) și art. 96 alin. (1) lit. b), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, la nivelul realizat.

(2) În situația în care serviciile medicale acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de

asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (2), Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ținând cont de solicitările fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

(4) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, se efectuează potrivit prevederilor alin. (1) - (3); trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme.

Art. 97^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi acordate persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, ca urmare a recomandării medicilor de familie și a medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, prevăzut în norme.

(3) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor neasigurate ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul serviciilor spitalicești efectuate pe tipuri de servicii și tariful corespunzător fiecărui tip de serviciu medical. Tariful aferent fiecărui serviciu medical este prevăzut în norme.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești.

(5) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă.

(6) Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a încetat.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate, conform actelor adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, și să întocmească factură distinctă. Furnizorii raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind serviciile medicale acordate persoanelor neasigurate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(8) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita sumelor alocate potrivit prevederilor art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 709/2023.

*) Art. 97¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 97^{2*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale spitalicești acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi și în regim de spitalizare continuă, după caz, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de

asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale spitalicești a încetat.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (1) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile medicale spitalicești, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de servicii medicale, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru decontarea sumei corespunzătoare serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate în vederea diagnosticării, monitorizării și evaluării afecțiunilor oncologice, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii transmit lunar în format electronic, până la termenul prevăzut în contract, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.

(9) Pentru decontarea la nivel realizat a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, respectiv persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, în aplicarea Planului național de prevenire și combatere a cancerului, se are în vedere numărul maxim de cazuri ce pot fi realizate de unitățile sanitare cu paturi luând în calcul paturile contractate cu casele de asigurări de sănătate, precum și încadrarea în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

*) Art. 97² a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 98 - Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96 și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, cu excepția sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, serviciile conexe și servicii de tratament și/sau diagnostic, acoperite prin programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) 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 ori aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, în condițiile stabilite prin norme;

b) consultații 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;

c) transport 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 ori 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;

d) servicii hoteliere standard - cazare și masă, pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 99 - (1) Spitalele 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 medicamente - în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 98 lit. a) - 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 pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate, inclusiv serviciilor conexe actului medical;

c) serviciilor de radioterapie acordate în cadrul Subprogramului de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice internați în regim de spitalizare continuă, în orice altă secție/compartiment în afară de secția/compartimentul de radioterapie.

(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 îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, 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 acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare -, materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.

Art. 100 - (1) 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 bolnavilor aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării 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, serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani - și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

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.

(2) Furnizorii publici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) și (4).

(3) 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 cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

(4) Spitalele încasează de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare și/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard acordate la cererea acestora, în condițiile stabilite prin norme. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

Art. 101 - (1) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului sumele prevăzute la art. 100 alin. (1) și (4).

(2) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului 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.

(3) 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 cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

a.1) suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1);

b) costurile serviciilor suplimentare estimate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard.

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 norme.

(4) Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG, prevăzută la alin. (3), este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediu, într-un loc vizibil.

(5) Contribuția personală a asiguratului se plătește de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. 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.

Valoarea relativă a cazului și tariful pe caz ponderat propriu spitalului sunt prevăzute în normele metodologice de aplicare a prezentei hotărâri.

(6) Decontul eliberat la externare cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

a.1) suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contribuția personală a asiguratului, calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1);

b) costurile serviciilor suplimentare furnizate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard.

(7) Formularul de consimțământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita 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 va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare și/sau la cerere, precum și tarifele serviciilor 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.

Art. 102 - (1) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri, cu condiția ca unitățile nou-înființate să aibă același regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) În cazul reorganizării unei unități sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desprinderea unor structuri și înființarea unei noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, care preia structurile desprinse, contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare se modifică în mod corespunzător pentru activitatea din structurile care se desprind din contract. Noua unitate sanitară cu paturi înființată încheie contract cu casa de asigurări de sănătate corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, în limita sumelor diminuate din contractul unității sanitare cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri, cu condiția ca unitatea nou-înființată să aibă același regim juridic de proprietate cu unitatea sanitară cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri.

Secțiunea a 7-a**Sancțiuni, condiții de suspendare, modificare și încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești**

Art. 103 - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. d), f) - h), j) - l), m), n) - r), ș), t), z), aa), ab) și ah), precum și a obligației prevăzute la art. 100 alin. (2) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale 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, recuperarea 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, recuperarea 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.

(1¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. i), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 92 alin. (1) lit. i) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 92 alin. (1) lit. i).

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. s) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective, suplimentar 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 perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. x), ad) și af) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 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, se diminuează cu 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.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. y), 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, recuperarea 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. 92 alin. (1) lit. y) 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 contract-cadru.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a), e), Ț), u), v) și w) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au 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) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (5) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) 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.

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

(10) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile administrației publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

(11) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație (12) Pentru cazurile prevăzute la alin.

(1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.

Art. 104 - (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 îndeplinește/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.

Art. 105 - 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, desființare sau transformare 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.

Cap. VII

Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 106 - În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile specializate private trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 107 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare;
- d) au implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului

Art. 107 - (1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- f) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate angajat care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- g) lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare;
- h) autorizația de funcționare emisă de direcția de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- i) actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară;
- j) avize de utilizare sau buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale aflate în dotarea unităților mobile de intervenție, după caz, emise de ANMMDMR;
- k) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- l) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moașa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Art. 108 - (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat au 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 casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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;

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 dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

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; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

g) să asigure acordarea de 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

i) 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;

j) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz;

k) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

m) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile efectuate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a treia 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;

n) 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; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de transport sanitar neasistat prevăzute în norme, acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

o) 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 normelor.

(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.

Art. 109 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii care acordă consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, au următoarele drepturi:

- a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, 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 normelor, în limita valorii de contract;
- b) să fie informate de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat 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;
- c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;
- d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, 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;
- e) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 110 - În relațiile contractuale cu unitățile specializate private, casele de asigurări de sănătate au 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 fiecăreia, 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, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii, a listei certificate de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și a documentelor 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 normelor, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii, a documentelor justificative și a listei certificate de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară, contravaloarea serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme, acordate persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;
- 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. 197 alin. (2), furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor 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 efectueze controlul activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat potrivit normelor 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;

g) să verifice sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor;

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 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;

k) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care se află în relații contractuale;

l) să țină evidențe distincte pentru serviciile de transport sanitar neasistat prevăzute în norme, acordate de furnizori persoanelor asigurate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică.

Secțiunea a 5-a

Contractarea și decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat

Art. 111 - (1) Reprezentantul legal al unității specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru înregistrate și/sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

(2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport se stabilesc prin norme.

Art. 112 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unitățile specializate private, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitățile de plată sunt:

a) pentru consultațiile de urgență la domiciliu, prin tarif pe solicitare;

b) pentru serviciile de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs în mediu urban/rural sau milă parcursă, după caz.

(3) Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Art. 113 - Modalitățile și condițiile în care se face decontarea de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme

Art. 113^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat acte adiționale pentru decontarea lunară la nivel realizat a sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor prevăzute la alin. (1) acordate persoanelor asigurate, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor efectuate, raportate, confirmate și validate conform normelor, în limita fondurilor aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru decontarea sumei corespunzătoare serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în norme, acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică și persoanelor asigurate cu suspiciune de afecțiune oncologică, care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, în aplicarea dispozițiilor Legii nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare, furnizorii transmit lunar, în format electronic, până la termenul prevăzut în contract, documentele necesare decontării serviciilor furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.

*) Art. 113¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Secțiunea a 6-a

Sancțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Art. 114 - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la art. 108 alin. (1) lit. a), c) - f), g) - l), n) și o) și alin. (2) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

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

(3) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (2) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1), (2) și (4) 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.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) și (4) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (4), se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(8) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) și (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

Art. 115 - (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 la art. 107 alin. (1) lit. b) - e), 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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.

Art. 116 - 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; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 114 alin. (1);

h) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la art. 106 lit. d).

Art. 117 - 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 dintre 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, desființare sau transformare 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. 115 alin. (1) lit.

a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. VIII

Îngrijiri medicale la domiciliu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 118 - (1) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare, pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

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 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 119 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, respectiv:

a) spitalele care acordă asistență medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă, cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;

b) medici de familie organizați ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;

c) alți furnizori de îngrijiri la domiciliu.

(3) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate.

(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile recomandate să fie cuprinse în pachetul de bază.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 119 - (1) Reprezentantul legal încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) copie de pe actul constitutiv;
- e) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate al/a reprezentantului legal, după caz;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;
- h) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate autorizat care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- i) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;
- j) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- l) autorizația de liberă practică pentru fizioterapeut/fizioterapeuți și avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuților din România valabilă la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, respectiv documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz. Documentul care atestă pregătirea profesională a fizioterapeutului pentru drenajul limfatic manual se solicită numai furnizorilor care acordă/raportează serviciul de masaj al limfedemului.
- m) *atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, respectiv pentru psiholog/psihologi, precum și dovada formării complementare în psihooncologie, după caz, valabile la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.*

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

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

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

Secțiunea a 3-a**Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu**

Art. 120 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 asiguraților, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, 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;

j) 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 norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

k) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

l) să comunice direct, în scris sau prin poșta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) 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;

n) să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

- o) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme;
- p) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acesteia, 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;
- q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- r) 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 treia 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;
- s) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. r), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;
- ș) 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;
- t) să respecte, 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, cu modificările și completările ulterioare sau că medicamentul este produs biologic;
- ț) 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.
- u) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiuni oncologice și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.
- Art. 121** - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au următoarele drepturi:
- a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor;

- b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;
- c) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;
- d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic 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;
- e) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora, în condițiile stabilite prin norme;
- f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 122 - În relațiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au 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 valorile de contract, 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 și a documentelor 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 conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme; să deconteze furnizorilor pe baza facturii și a documentelor justificative contravaloarea îngrijirilor medicale la domiciliu acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;
- 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. art. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;
- g) să recupereze de la furnizorii care au acordat serviciile de îngrijire la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în 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;

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relații contractuale;

k) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică.

Secțiunea a 5-a

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 123 - (1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților care primesc îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află aceștia cu încadrarea în sumele contractate.

(2) La stabilirea sumei contractate se au în vedere următoarele:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcție de condițiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului, în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(3) Suma contractată se stabilește conform normelor, se defalcă pe trimestre și pe luni și se regularizează conform normelor.

(4) *Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu transmite lunar factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, până la data prevăzută în contract.*

Art. 123^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare îngrijirilor medicale la domiciliu acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea îngrijirilor medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare îngrijirilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de îngrijiri și tariful pe zi de îngrijire.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, îngrijirile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru îngrijirile medicale prevăzute la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Art. 123¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 124 - Modalitatea de plată este tariful pe o zi de îngrijire. Tarifele se stabilesc prin norme.

Secțiunea a 6-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 125 - (1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. art. 120 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), p), t), ț) și u) 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 perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 120 lit. e), i), k) și q) 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 perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

- a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma 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) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu 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 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.

(8) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) 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) - (4) și (6) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) și (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

Art. 126 - (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. 119 alin. (1) lit. b), c), e), f), 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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.

Art. 127 - Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor 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 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/înscrisorii 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 documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor 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; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 125 alin. (1) - (4) pentru fiecare situație;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 120 lit. j) și o).

Art. 128 - 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, desființare sau transformare 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. 126 alin. (1) lit.

a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. IX

Îngrijiri paliative la domiciliu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 129 - (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane juridice, care, în vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 130 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc în norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care fac dovada funcționării cu personal de specialitate cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative, conform legislației în vigoare.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 130 - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

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

b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

d) copie de pe actul constitutiv;

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

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

g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;

h) lista asumată prin semnătură electronică cu personalul de specialitate autorizat care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor,

precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

i) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

j) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor complementare de îngrijiri paliative conform prevederilor legale în vigoare.

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

l) atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

m) autorizația de liberă practică pentru fizioterapeuți și avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuților din România valabilă la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare.

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

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

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

(5) Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, își păstrează valabilitatea.

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 131 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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;

h) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, potrivit planului de îngrijiri paliative, 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;

j) 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 ambulatoriul clinic, medicii din spital la externare, precum și medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

k) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme; serviciile furnizate vor fi consemnate în fișa de observație pentru îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății;

l) să comunice direct, în scris sau prin poșta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) 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;

n) 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;

o) 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 normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare; să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acesteia, 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;

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

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 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 treia 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;

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. q), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale efectuate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia 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;

s) 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;

ș) să respecte 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 cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

t) 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;

ț) 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;

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

v) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație

contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

Art. 132 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;

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

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

d) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic 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;

e) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, precum și medicamente cu și fără contribuție personală, pentru controlul simptomelor, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

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

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 133 - În relațiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au 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 valorile de contract, 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 și a documentelor justificative prezentate, 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 conform normelor; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea îngrijirilor paliative la domiciliu acordate persoanelor cu afecțiune oncologică, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

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. art. 197 alin. (2), 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 e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția

situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității potrivit normelor 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;

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 fi regularizate;

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relații contractuale;

k) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiune oncologică.

Secțiunea a 5-a

Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 134 - (1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților care primesc îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află, cu încadrarea în sumele contractate.

(2) *Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite lunar factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, și raportează în format electronic caselor de asigurări de sănătate copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu și documentele justificative privind activitățile realizate, până la data prevăzută în contract.*

Art. 135 - (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se face prin tarif pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu, exprimat în lei. Tarifele se stabilesc prin norme.

(2) O zi de îngrijire poate cuprinde servicii medicale, îngrijire, psihologice, kinetoterapie, conform nevoilor pacientului, și poate fi efectuată de către medicii cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative și/sau de către alt personal specializat/calificat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

(3) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcție de condițiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(4) Suma contractată se stabilește conform normelor, se defalcă pe trimestre și pe luni și se regularizează conform normelor.

Art. 135^{1*)} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare îngrijirilor paliative la domiciliu acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de îngrijiri paliative la domiciliu a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea îngrijirilor paliative acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare îngrijirilor paliative ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul zilelor de îngrijiri și tariful pe zi de îngrijire.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, îngrijirile paliative prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru îngrijirile paliative prevăzute la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Art. 135¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Secțiunea a 6-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 136 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 131 lit. a), c), f), g), h), l), m), n), o), ș), ț) 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.

(¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 131 lit. t), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 131 lit. t) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 131 lit. t).

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 131 lit. e), i) și p) 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 perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma 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) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 131 lit. u), constatată în perioada 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, recuperarea 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 prevăzută la art. 131 lit. u) 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) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) 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 îngrijiri paliative la domiciliu, 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.

(9) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (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. (1) - (5) și (7) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin.(1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.

Art. 137 - (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. 130 alin. (1) lit. b), c), e), f) 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative.

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, 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 de îngrijiri paliative la domiciliu.

Art. 138 - Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor 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 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; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 136 alin. (1) - (4) pentru fiecare situație;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 131 lit. j) și k).

Art. 139 - Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative 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 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, desființare sau transformare 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. 137 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragării/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. X

Asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

Art. 140 - (1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor 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 ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 141 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3), la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală se asigură în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform 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.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 141 - (1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- f) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;
- g) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;
- h) indicatorii specifici stabiliți prin norme;
- i) actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz;
- j) copie de pe ordinul ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare, după caz;
- k) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului.
- l) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

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

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 142 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale 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 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 conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare; 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 nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

d) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 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;

h) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, 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 și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

j) 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 instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

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

l) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct, prin poșta electronică 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, prin

poșta electronică sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond 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 verifice biletele de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

o) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depune la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare 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;

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 verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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 (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;

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 efectuate 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 treia 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; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate

cu care se află în relație contractuală;

ț) să respecte 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, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

u) să respecte prevederile art. 159, cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

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 recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației.

Art. 143 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

d) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, în condițiile prevăzute în norme;

e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic 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.

f) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe în ziua externării.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 144 - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale 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;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii și a documentelor 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 normelor, în limita valorii de contract; să deconteze furnizorilor, pe baza facturii și a documentelor justificative, contravaloarea serviciilor acordate persoanelor cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni, efectuate, raportate și validate conform normelor, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului;

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. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor 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;

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 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; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

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.

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

n) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de servicii medicale cu care se află în relații contractuale;

o) să țină evidențe distincte pentru serviciile acordate de furnizori persoanelor cu afecțiuni oncologice pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni.

Secțiunea a 5-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale

Art. 145 - (1) Modalitatea de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilește prin norme.

(2) Modalitatea de plată este tariful pe zi de spitalizare pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, și în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent

asistenței medicale acordate în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform 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.

(3) În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme.

(4) Casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative. Trimestrial se fac regularizări, în condițiile stabilite prin norme.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu unitățile sanitare publice, aflate în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de serviciile medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare acordate în regim de spitalizare continuă, respectiv cu sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, și cu preventoriile, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzătoare alocației de hrană acordate potrivit prevederilor art. 229 alin. (5) și ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

(6) Modelul de act adițional prevăzut la alin. (5), obligațiile părților contractante, documentele justificative în baza cărora se decontează suma corespunzătoare alocației de hrană sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(7) Suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor internate în regim de spitalizare continuă în unitățile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitalicești sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată se stabilește prin raportare la numărul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate în regim de spitalizare continuă.

(8) Actul adițional prevăzut la alin. (5) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului în care se încheie.

(9) Durata actului adițional prevăzut la alin. (5) se poate prelungi pe toată durata derulării contractului încheiat de unitățile sanitare publice cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

Art. 145^{1*} - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii acte adiționale pentru decontarea lunară la nivelul realizat a sumei corespunzătoare serviciilor acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(2) Modelul actului adițional se întocmește adaptând modelul contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de recuperare medicală și medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii, prevăzut în norme.

(3) Actul adițional prevăzut la alin. (2) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat acesta și poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a prezentei hotărâri, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii.

(4) Actul adițional prevăzut la alin. (2) se suspendă în situația în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeași perioadă. Actul adițional prevăzut la alin. (2) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare, în sanatorii a încetat sau a fost reziliat, după caz.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru decontarea serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru recuperarea specifică acestei afecțiuni, după încheierea lunii în care s-au acordat serviciile, cu încadrare în sumele aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului.

(6) Suma lunară corespunzătoare serviciilor medicale ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate se stabilește în raport cu numărul de zile de spitalizare realizat și cu tariful/zi de

spitalizare.

(7) Furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte și să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, serviciile medicale prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru serviciile prevăzute la alin. (1), furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Art. 145¹ a fost introdus prin H.G. nr. 687/2024 de la data de 1 iulie 2024.

Art. 146 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai contravaloarea serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare publice, cuantumul alocației de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

Secțiunea a 6-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, modificare și încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 147 - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 142 lit. a), c) - f), h - l), n), o), r) și v) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară.

(¹) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 142 lit. g), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, recuperarea contravalorii medicamentelor prescrise fără a se respecta prevederile art. 142 lit. g) și recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare medicament pentru care nu a fost respectată obligația prevăzută la art. 142 lit. g).

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 142 lit. m), p), t) și ț), 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 prevăzute la art. 142 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, recuperarea 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 prevăzută la art. 142 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 prezentul contract-cadru.

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

au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în 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) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în 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.

(8) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

Art. 148 - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; 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.

Art. 149 - 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, desființare sau transformare 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.

Cap. XI

Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 150 - (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății și evaluate conform art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în baza contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Pot intra în relație contractuală cu farmaciile pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medici care pot prescrie aceste medicamente, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Toate farmaciile comunitare care dețin autorizație de funcționare în vigoare și sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce privește încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă dețin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmaciștilor din România - denumit în continuare CFR, în termen de valabilitate.

(3) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile trebuie să depună documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din prezenta anexă, la termenele stabilite pentru contractare.

(4) Reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta încheie un singur contract pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

În situația în care societatea farmaceutică intră în relație contractuală numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurări de sănătate încheie contract în acest sens.

În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine comunitare locale sau sezoniere, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina comunitară locală sau sezonieră, în condițiile stabilite prin norme.

Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea în cadrul unui program de lucru distinct, la cel mult 3 farmacii/oficine comunitare locale sau sezoniere din cadrul aceluiași furnizor, aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care la una dintre farmacii/oficine comunitare locale sau sezoniere asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

(5) C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. este obligată să încheie contracte 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.

(6) Reprezentanții legali ai furnizorilor 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 încheie contracte cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

(7) În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. Noul deținător al autorizației de funcționare are obligația de a depune, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizației de funcționare de către Ministerul Sănătății, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deținător al autorizației de funcționare cu casa de asigurări de sănătate.

(8) În situația prevăzută la alin. (7), în cazul în care farmacia își mută sediul, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data depunerii la casa de asigurări de sănătate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu împreună cu notificarea casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (7).

(9) În cazul în care noul deținător al autorizației de funcționare a farmaciei nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se realizează cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare.

(10) Pentru situațiile prevăzute la alin. (7) și alin. (8), dacă farmacia care își schimbă deținătorul autorizației de funcționare are activitatea suspendată potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, de la data înscrierii mențiunii de reluare a activității de către Ministerul Sănătății, cu respectarea condițiilor prevăzute la alin. (7) și (8).

(11) În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu își schimbă farmacistul șef, aceasta are obligația notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la modificarea intervenită. Farmacia are obligația de a transmite casei de asigurări de sănătate autorizația de funcționare cuprinzând mențiunea referitoare la schimbarea farmacistului șef în termen de 30 zile calendaristice de la data aplicării mențiunii.

Art. 151 - Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare listă, este cea aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Secțiunea a 2-a

Documentele pe baza cărora se încheie contractele

Art. 152 - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților farmaceutice pentru farmaciile autorizate și evaluate pe care aceștia le reprezintă, precum și cu cei ai farmaciilor 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, pe baza următoarelor documente:

- a) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

- c) certificatul de înmatriculare la registrul comerțului/actul de înființare, după caz;
 - d) codul unic de înregistrare;
 - e) contul deschis la Trezoreria Statului;
 - f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
 - g) autorizația de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății;
 - h) certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul teritorial al farmaciștilor;
 - i) program de lucru atât pentru farmacii, cât și pentru oficiile locale de distribuție, conform modelului prevăzut în norme;
 - j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
 - k) certificatul de membru al CFR, pentru farmaciștii înregistrați în contractul cu casa de asigurări de sănătate valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului;
 - l) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical de farmacie care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului.
- (2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
- (3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.
- (4) Farmaciștii care își desfășoară activitatea la un furnizor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de medicamente

Art. 153 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluați 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, precum și cu medicamentele imunologice cuprinse în sublista E din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- b) să facă demersurile necesare pentru 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 și în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens în 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 al furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a documentelor 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 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 norme referitoare la numărul de medicamente, cantitatea și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic, prevenție pentru prescripțiile medicale offline și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate cu asigurarea confidențialității în procesul de transmitere a datelor, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

g) să întocmească și să depună/transmită electronic 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 norme; datele din documentele necesare depuse/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; în ceea ce privește medicamentele pentru care se încheie contracte cost-volum-rezultat, datele din documentele necesare depuse/transmise electronic caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării trebuie să fie corecte și complete și să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente raportate în platforma informatică din asigurările sociale de sănătate;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme;

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 norme, 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; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

m) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe prescripțiile medicale eliberate pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, în condițiile stabilite prin norme, 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 electronic, 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 offline; în vederea decontării, facturile se transmit conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, 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/primitorului 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/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

s¹) să elibereze medicamentele din sublista E - secțiunile E1 și E2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit denumirii comerciale prescrise de medic;

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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice 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 nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă;

u) 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, cu modificările și completările ulterioare, 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;

v) 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. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

w) 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. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

x) 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;

y) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

z) 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;

aa) să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare, și să întocmească evidențe distincte, în condițiile prevăzute în norme, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

ab) să întocmească evidențe distincte pentru prescripțiile medicale eliberate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ac) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 1.473/2018 pentru crearea cadrului de aplicare a prevederilor Regulamentului delegat (UE) 2016/161 al Comisiei din 2 octombrie 2015 de completare a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului prin stabilirea de norme detaliate pentru elementele de siguranță care apar pe ambalajul medicamentelor de uz uman, la momentul eliberării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, din prescripțiile medicale.

Art. 154 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:

a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate conform facturilor emise și documentelor justificative, în condițiile prevăzute în norme;

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu 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;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu

amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B, D și E - secțiunea E1 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;

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

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor medicamente, cu respectarea confidențialității datelor personale;

g) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

h) pentru a asigura acoperirea cererii de medicamente, pot achiziționa medicamente de la alte farmacii comunitare pentru onorarea integrală a unei prescripții medicale, în cazuri urgente și în limita cantității prescrise, în conformitate cu prevederile art. 2 alin. (7) lit. b) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și cu respectarea prevederilor art. 6¹ din Normele privind înființarea, organizarea și funcționarea unităților farmaceutice, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 444/2019, cu modificările și completările ulterioare.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 155 - În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au 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 publică, 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-cadru, în condițiile prevăzute în norme;

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. art. 197 alin. (2), 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 efectueze controlul activității furnizorilor de medicamente, potrivit normelor 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;

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 fiecare furnizori 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) C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. 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 prezentul contract-cadru, după caz;

o) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de medicamente cu care se află în relații contractuale;

p) să aducă la cunoștința Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligației prevăzute la art. 153 lit. ac).

Secțiunea a 5-a

Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare

Art. 156 - (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B și secțiunea E1 din sublista E este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C, precum și din secțiunea E2 din sublista E este de 100% din prețul de referință.

(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din prețul de referință, din care 50% se suportă din bugetul Fondului și 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință/prescripție este de până la 330 lei/lună și de care beneficiază pensionarii cu venituri din indemnizație socială pentru pensionari și venituri din pensii, de până la 2.020 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri.

(4) Prețul de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se definește pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creșterea accesului asiguraților la medicamente în condițiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile căii de administrare, doza zilnică standard stabilită conform regulilor Organizației Mondiale a Sănătății sau cantitatea de substanță activă, după caz.

(5) 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, C - secțiunile C1 și C3 din sublistă și E - secțiunile E1 și E2 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

(6) În situația în care se constată că deținătorul de autorizație de punere pe piață nu asigură prezența medicamentelor pe piață conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (5) în maximum 30 de zile calendaristice de la data comunicării lipsei medicamentelor de pe piață de către

instituțiile abilitate sau de la sesizarea ANMMDMR.

(7) Pentru DCI-urile menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiționat în lista prevăzută la art. 151, pentru care în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și medicamentele aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România.

a) Pentru DCI-urile menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiționat în lista prevăzută la art. 151, pentru care în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale este efectuată o analiză de impact financiar pentru care este alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum și medicamentele aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent medicamentelor din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

b) Pentru DCI-urile menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România, incluse necondiționat în lista prevăzută la art. 151, pentru care medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu mai sunt listate în CANAMED, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele aferente aceleiași substanțe active, concentrații și căi de administrare menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și a Dispozitivelor Medicale din România.

(8) Pentru DCI-urile incluse condiționat în lista prevăzută la art. 151, în lista prevăzută la alin. (5) se includ medicamentele prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum-rezultat, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(9) Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(10) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, în condițiile prevăzute în norme, 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.

(11) 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.

(12) Pentru contractele cost-volum-rezultat, 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.

Art. 157 - (1) Pentru prescripțiile medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, modalitatea de decontare se stabilește prin norme și se realizează, prin raportare la data înregistrării rezultatului medical, potrivit prevederilor art. 12 alin. (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În vederea decontării medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat prevăzute la alin. (1) casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de medicamente, după caz, contracte/acte adiționale, al căror model este prevăzut în norme.

Art. 158 - (1) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, în cazul medicamentelor imunologice folosite pentru producerea imunității active de

care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internațională - DCI corespunzătoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplică în mod corespunzător și în situația recomandării tratamentului prin scrisoare medicală/bilet de ieșire din spital utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, care pot fi eliberate și decontate din bugetul FNUASS, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepția celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul prețului de referință, care poate fi eliberată și decontată din bugetul FNUASS este de până la 330 lei pe lună;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai pot elibera și deconta din bugetul FNUASS în luna respectivă și alte medicamente din sublista B; face excepție situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, situație în care se pot elibera și deconta din bugetul FNUASS în luna respectivă și alte medicamente din sublista B, în condițiile de la lit. a);

c) o singură prescripție distinctă cu compensare 90% din prețul de referință, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 330 lei pe lună/prescripție, pentru pensionarii cu venituri din indemnizație socială pentru pensionari și venituri din pensii, de până la 2.020 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri; pentru diferența până la numărul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise, eliberate și decontate din sublistele A, B și D sunt aplicabile reglementările de la lit. a) și b);

d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maximum două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, se pot emite pentru același asigurat mai multe prescripții, conform legii.

(2¹) Prin excepție de la prevederile alin. (1), persoanele afectate de situațiile de urgență sau stările potențial generatoare de situații de urgență, astfel cum acestea sunt reglementate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 21/2004 privind Sistemul Național de Management al Situațiilor de Urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 15/2005, cu modificările și completările ulterioare, pot beneficia o singură dată de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită de ultima prescripție medicală eliberată de medicul prescriptor, caz în care dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile.

(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cazurile în care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum și cazurile în care sa eliberat mai mult de o prescripție medicală/maximum două prescripții pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepția situației prevăzute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele A, B, C - secțiunea C1 și D pentru care se calculează preț de referință, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**), 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 cardului 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 beneficiarii de formulare/documente europene.

(6) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E și nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(7) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista E, precum 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 cardului 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 beneficiarii de formulare/documente europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 156 alin. (3), după caz.

(8) Medicamentele prescrise pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni sunt decontate, fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și medicii din spital, la externarea asiguratului, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor 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. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și medicamentele imunologice folosite pentru producerea imunității active de care beneficiază unele segmente populaționale în tratamentul ambulatoriu este de până la 30 - 31 de zile.

Art. 159 - (1) La inițierea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

(2) La pacienții la care tratamentul a fost inițiat cu produsul biologic de referință, în termen de 12 luni de la data includerii în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a primului produs biosimilar, sau mai devreme, dacă este posibil, se va realiza schimbarea produsului biologic de referință cu un biosimilar al acestuia, pentru cel puțin 50% dintre pacienți, medicul având obligația de a prezenta pacientului informații legate de eficacitatea și siguranța administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic precum și informații legate de creșterea accesul, în condițiile utilizării produselor biosimilare, a unui număr mai mare de pacienți la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (1) și (2), la inițierea și/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referință din motive medicale specifice pacientului, informații consemnate în documentele medicale și prescripția medicală electronică.

(4) Prevederile alin. (2) și (3) sunt aplicabile și situațiilor pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia.

(5) Casa de asigurări de sănătate va monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice și va transmite medicilor prescriptori a căror comportament de prescriere nu se circumscrie prevederilor alin. (1) - (4) un document de orientare cu privire la prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic, dar și a profilului de siguranță.

Art. 160 - (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală pentru tratamentul în ambulatoriu se acordă pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști/medici stomatologi din cabinetele școlare și studențești, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, 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, medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică care nu sunt sub incidența unui contract pentru furnizare de servicii medicale clinice de specialitate 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 medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în norme.

(3) Pentru elevi și studenți, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studențesc 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, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

(4) Medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

(5) Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru persoanele asistate în aceste instituții, nedeplasabile sau cu afecțiuni acute, în situația în care aceste persoane nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

(6) 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.

(7) Medicii din unitățile de dializă care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris pacientul diagnosticul și tratamentul prescris.

(8) 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, republicată, cu modificările și completările ulterioare, iar perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 158 alin. (9). Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris pacientul diagnosticul și tratamentul prescris.

(9) Prin medici/medici dentiști/medici stomatologi din cabinetele școlare și studențești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

Secțiunea a 6-a

Sanțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractelor

Art. 161 - (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină comunitară locală sau sezonieră, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în

contract, precum și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 153 lit. p), se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 15% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 153 lit. a) - f), h), j) - o), q) - t), u) - w), y), aa) și ab) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 153 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. 153 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 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) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea prescripțiilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de medicamente care sunt în 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 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.

(6) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în 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.

(8) Casele de asigurări de sănătate informează CFR, precum și Ministerul Sănătății sau ANMDMR, după caz, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 153 lit. i) și p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(9) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

Art. 162 - (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. 152 alin. (1) lit. b) - f), 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative, respectiv pentru o perioadă de până la 180 de zile pentru motive întemeiate sau pentru motive obiective invocate de deținătorul autorizației pentru care Ministerul Sănătății a aprobat întreruperea activității farmaciei potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

Art. 163 - (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. 161 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. 161 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 măsurile prevăzute la art. 161 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. 161 alin. (2); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 153 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 prevăzute la art. 153 lit. x).

(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. 153 lit. f), g), q) și x) 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.

Art. 164 - (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 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. 162 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.

Cap. XII

Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 165 - (1) Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale/punctele de lucru ale acestora care, în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt avizați de Ministerul Sănătății/Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția farmaciilor care dețin autorizație de funcționare emisă de Ministerul Sănătății în acest sens;

b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare - pentru furnizorii care desfășoară doar activitate de comercializare a dispozitivelor medicale;

c) 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 - pentru furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum și pentru furnizorii care desfășoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale, cât și de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă;

d) transmit, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 166 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) ale aceluiași articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea cu condiția ca dispozitivele medicale recomandate să se regăsească în pachetul de bază.

Secțiunea a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului

Art. 166 - (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) cerere/solicitare pentru intrarea în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b) dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ și pentru punctele de lucru, după caz, pentru furnizorii

care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

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

d) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare și certificatul de înscriere de mențiuni cu evidențierea reprezentantului legal și a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activități pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare;

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

f) certificatul/certIFICATELE de înregistrare ale dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății/Agencia Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, ori documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația/declarațiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;

g) avizul de funcționare, după caz;

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

i) lista prețurilor de vânzare cu amănuntul și/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele medicale, prevăzute în contractul de furnizare încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

j) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar, după caz, care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

k) programul de lucru, conform modelului prevăzut în norme:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l) copie de pe actul constitutiv;

m) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

n) declarație a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în prezenta hotărâre și în norme;

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

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

Secțiunea a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de dispozitive medicale

Art. 167 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață, de comercializare și de punere în funcțiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului și să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

- c) să livreze dispozitivele medicale la sediul social lucrativ, punctul/punctele de lucru sau prin 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 contract;
- d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea și buna funcționare a dispozitivului medical;
- e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă și predarea dispozitivului medical la comandă;
- f) să nu modifice prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/ depuse la contractare potrivit prevederilor art. 166 alin. (1) lit. i), cu excepția perioadei de contractare anuală organizate de casele de asigurări de sănătate potrivit art. 197 alin. (1); pentru perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 34/2023 privind unele măsuri fiscal-bugetare, prorogarea unor termene, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare, în care prevederile art. 197 alin. (1) nu se aplică, furnizorii pot modifica o singură dată pe an prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare;
- g) *să factureze lunar și să transmită factura conform prevederilor Legii nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare. Documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu se transmit la casele de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale 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 în mod nediscriminatoriu;
- i) să anunțe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;
- j) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;
- 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, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice 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 prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;
- m) să asigure acordarea dispozitivelor medicale beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, 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 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, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile și copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, documentele justificative, 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 copiile documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale și, după caz, documentele justificative, la prețurile de referință/sumele de închiriere stabilite pentru cetățenii români asigurați, și să transmită facturile conform prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare;

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 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 eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale 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 (1¹) 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;

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. q), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (cu grad de rudenie I și II, soț/soție), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale 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 nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să livreze, în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, numai dispozitivele medicale care corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetul de bază și respectă condițiile de acordare prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului și recuperarea de către casa de asigurări de sănătate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale care nu au îndeplinit aceste cerințe.

ș) să asigure acordarea dispozitivelor medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

t) să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru această afecțiune și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ț) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale la solicitarea acesteia, în formatul solicitat;

Art. 168 - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au

următoarele drepturi:

- a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise și documentelor justificative, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora;
- b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a dispozitivelor 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;
- c) să încaseze contribuție personală de la asigurați, în condițiile prevăzute în norme;
- d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;
- e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidențialității datelor personale;
- f) să fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Secțiunea a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 169 - În relațiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

- a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale 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. 197 alin. (2), furnizorii de dispozitive medicale 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 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, conform prevederilor legale și în limita bugetului aprobat, la care anexează un exemplar al recomandării medicale; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în norme;
- e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical prețul de referință/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical și să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie cu care casa de asigurări de sănătate se află în 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;
- g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale 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;
- 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 efectueze controlul activității furnizorilor de dispozitive medicale, potrivit normelor 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;
 - k) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația dispozitive medicale 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 precum și sumele decontate fiecărui furnizor de dispozitive medicale;
 - n) să comunice furnizorilor, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidențialității datelor personale;
 - o) să țină evidențe distincte pentru dispozitivele medicale eliberate de furnizori persoanelor diagnosticate cu afecțiune oncologică pentru această afecțiune.

Secțiunea a 5-a

Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 170 - (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. Prețurile de referință și sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute în norme.

(2) Dispozitivele medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele medicale acordate pentru o perioadă determinată.

Art. 171 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere prevăzută în norme, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează bon fiscal ori, la cererea asiguratului, factură.

(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale 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 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 sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, prevăzută în norme, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de

asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere prevăzută în norme, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere prevăzută în norme, respectiv suma de închiriere prevăzută în norme, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respective, cu excepția pacienților internați care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

Art. 172 - (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

(2) 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 director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Art. 173 - (1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, de către o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau de către reprezentantul legal al asiguratului. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor. 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. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidențe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale. Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă sau prin mijloace de comunicare electronică.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii 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, în condițiile prevăzute în norme.

(3) Modul de prescriere, procurare/inchiriere și decontare a dispozitivelor medicale se detaliază prin norme.

(4) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale, trebuie să respecte prevederile art. 389 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în relația cu furnizorii de dispozitive medicale.

Secțiunea a 6-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

Art. 174 - (1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 167 lit. a) - e), h) - p), ș) și t) 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) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor condiții de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea dispozitivelor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

(3) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) și (2) pentru furnizorii de dispozitive

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 dispozitive medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de dispozitive medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. 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, aduce la cunoștința furnizorului de dispozitive 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 dispozitive 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 sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) și (2) 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.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

Art. 175 - Contractul de furnizare de dispozitive medicale 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 de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

c) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 166 alin. (1) lit. b) - e) și h) 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.

Art. 176 - (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor 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/acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătății/ANMDMR, ori documente de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/sau declarația de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 174 alin. (1);

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 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 acesta își întrerupe activitatea pe o

perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

(2) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 167 lit. f) și ȳ).

Art. 177 - Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situații:

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

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu 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) 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. 175 lit. c), cu excepția retragerii avizului de funcționare a furnizorului și a încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/acreditare/înscriserii în procesul de acreditare a furnizorului.

Cap. XIII

Dispoziții finale

Art. 178 - Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru la capitolele II - VI și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești și serviciile medicale ambulatorii.

Art. 179 - Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are în vedere la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.

Art. 180 - Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are în vedere la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Art. 181 - (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai centrelor de sănătate multifuncționale înființate ca unități cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru din capitolele care reglementează tipurile de asistență medicală pentru acordarea cărora sunt autorizate și ale normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte/acte adiționale de furnizare de servicii medicale cu reprezentanții legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncțional, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

Art. 182 - (1) Începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie a anului pentru care a fost încheiat contractul. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale 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 depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Contractele/Actele adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, precum și actele adiționale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură electronică extinsă/calificată.

(3) Documentele necesare derulării relației contractuale pot fi semnate atât de reprezentantul legal al furnizorului sau persoana desemnată de acesta, cât și de casa de asigurări de sănătate, prin semnătură

electronică extinsă, și transmise prin mijloace de comunicare electronică.

Art. 183 - Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale aflate în derulare până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte, după caz. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul încheiat în temeiul prezentei hotărâri. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.

Art. 184 - Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în desfășurarea activității de prevenție, diagnostic și tratament, pe perioada declarării unei epidemii, trebuie să aibă în vedere o corectă evaluare, monitorizare și tratare a categoriilor de persoane expuse la risc în vederea limitării extinderii epidemiei.

Art. 185 - (1) În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepția celor prevăzute de legislația în vigoare, reprezentanții CFR au dreptul de a participa la verificările făcute de organele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.

(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situație.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situație, începând cu data la care situația este constatată de către casa de asigurări de sănătate.

Art. 186 - (1) Prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face în condițiile prevăzute în norme.

(2) Este interzisă reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate activate.

(3) În situația nerespectării prevederilor alin. (2) se anunță organele abilitate potrivit legii.

(4) Este interzisă utilizarea semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. În cazul nerespectării acestei prevederi, se vor anunța organele abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun.

Art. 187 - Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceștia, pentru cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 657/2022 privind aprobarea conținutului și a metodologiei de colectare și raportare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile în Registrul unic de boli transmisibile și de Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.738/2022 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la modalitatea și frecvența de raportare de către furnizorii de servicii medicale, precum și circuitul informațional al fișei unice de raportare a bolilor transmisibile și pentru aprobarea Sistemului de alertă precoce și reacție privind prevenirea și controlul bolilor transmisibile.

Art. 188 - Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate în formatul și la termenele prevăzute;

b) să monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală și să afișeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;

c) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

d) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

e) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate 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;

f) să utilizeze platforma informatică din asigurațiile de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

g) să organizeze evidența contractelor și să publice pe site-ul propriu informațiile privind datele de contact ale furnizorilor din ambulatoriul de specialitate clinic care au încheiate contracte cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată

cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările și completările ulterioare și, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, conform prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare, respectiv cu specialiștii care acordă servicii de sănătate conexe actului medical care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

h) să respecte prevederile Planului național de paturi;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale 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. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor și materialelor sanitare în tratamentul ambulatoriu, respectiv a dispozitivelor medicale în ambulatoriu, acordate, după caz, posesorilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, precum și 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, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt;

k) să afișeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale în ambulatoriu, la nivelul fiecărui furnizor;

l) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 200 alin. (1) - (3), posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora;

m) să pună la dispoziția spitalelor și a medicilor cu specialități clinice cu care se află în relație contractuală, adresele de e-mail ale medicilor de familie cu care se află în relație contractuală, astfel încât acestea să poată transmite scrisoarea medicală/biletul de externare medicului de familie pe lista căruia se află înscris pacientul, cu respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal și protecția acestora;

n) să organizeze, împreună cu direcțiile de sănătate publică, trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale, întâlniri cu furnizorii, 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.

o) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

p) să afișeze pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce privește serviciile acordate în asistența medicală primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afișa prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în norme.

Art. 189 - (1) Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale au obligația de a respecta prevederile 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), ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679, precum și celelalte reglementări din domeniul protecției datelor, cu modificările ulterioare.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să respecte calitatea serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(3) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale au obligația să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal; nerespectarea acestei obligații se sancționează potrivit legii de către autoritățile competente.

(4) Furnizorii de servicii medicale au obligația să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/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 și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale conform normelor; 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.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu încasează sume pentru documentele medicale necesare evaluării și reevaluării medicale și psihologice în vederea încadrării în grad de handicap, precum și în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire eliberate potrivit domeniului de competență, în urma serviciilor acordate.

(6) Efectuarea de servicii medicale peste suma contractată prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, de către furnizorii la care este prevăzută valoarea de contract, se face pe propria răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

(7) Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de îngrijiri la domiciliu au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

(8) Furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să asigure integritatea, confidențialitatea și disponibilitatea datelor gestionate în vederea raportării serviciilor medicale efectuate, în conformitate cu legislația specifică [Regulamentul (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), Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016, cu modificările ulterioare, Legea nr. 362/2018 privind asigurarea unui nivel comun ridicat de securitate a rețelelor și sistemelor informatice, cu modificările și completările ulterioare, precum și celelalte reglementări din domeniul protecției datelor.]

Art. 190 - Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme de la data implementării acesteia.

Art. 191 - Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, sau după data semnării contractului/convenției și care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului contract-cadru, prin forță majoră se înțelege: 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.

Art. 192 - (1) Documentele justificative privind raportarea activității realizate se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează și administrează platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile legii.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale

și autorității judecătorești, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor metodologice de aplicare a prezentei hotărâri de C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

(4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate afișează pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce privește serviciile acordate în asistența medicală primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afișa prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în norme.

Art. 193 - (1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contract prevăzute în norme.

(2) Utilizarea modelelor de contract este obligatorie, părțile contractante putând negocia și insera în cuprinsul contractelor clauze suplimentare, potrivit prevederilor art. 256 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după reținerea la dispoziția sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinație. Această sumă se utilizează în situații justificate, în condițiile legii, și se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.

Art. 194 - Condițiile acordării asistenței medicale se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați.

Art. 195 - (1) În cazul modificării sediului social nelucrative, formei de organizare sau a denumirii furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, încheiate cu casele de asigurări de sănătate își păstrează valabilitatea dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

a) notificarea casei de asigurări de sănătate cu privire la aceste modificări de la data înregistrării acestora, cu obligația furnizorului de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă;

b) depunerea, împreună cu notificarea prevăzută la lit. a), a unei declarații pe propria răspundere a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia activitatea medicală care face obiectul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate se desfășoară în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală;

c) codul unic de înregistrare nu se modifică.

(2) În cazul reorganizării furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cu personalitate juridică, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate - pentru același domeniu/aceleași domenii de asistență medicală, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia.

Prin transfer parțial al activității medicale se înțelege transferul activității aferente unui/unor domeniu/domenii de asistență medicală, medicamente și dispozitive medicale.

Furnizorul are obligația de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

(2¹) Condițiile prevăzute la alin. (2) sunt aplicabile și în cazul în care, în urma reorganizării unui furnizor de servicii medicale aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin transferul total sau parțial al activității medicale, rezultă o altă entitate cu personalitate juridică, care nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, dar care are ca unică activitate activitatea transferată.

(3) În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală aferentă domeniului/domeniilor de asistență medicală preluate.

Art. 196 - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 193 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

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

(3) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 25 decontarea activității desfășurate în perioada 1 - 15 a lunii, raportată și validată în PIAS, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare și de angajament aprobate cu această destinație prin legile bugetare anuale.

(5) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale prestate până la data încetării contractelor încheiate cu casa de asigurări de sănătate prin decesul titularului cabinetului medical individual se stabilește prin norme.

Art. 197 - (1)^{*} Anual, după comunicarea de către CNAS a filei de buget anuale pentru anul în curs, casele de asigurări de sănătate organizează o perioadă de contractare pentru toate domeniile de asistență medicală, medicamente și dispozitive medicale.

(2) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

(3) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și de dispozitive medicale depun/transmit cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea,

furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

*) Până la încetarea aplicabilității prevederilor art. I alin. (1) din O.U.G. nr. 34/2023 sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât pe plăți, cât și pe cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare și de angajament aprobate cu această destinație prin legile bugetare anuale, sumele nedecontate până în prezent pentru medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent.

Prevederile alin. (1) nu se aplică pe perioada de aplicare a prevederilor art. I alin. (1) din O.U.G. nr. 34/2023. (a se vedea art. XLIX din O.U.G. nr. 31/2024)

Art. 198 - Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

Art. 199 - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii, pe baza facturii și documentelor justificative stabilite prin ordin al președintelui CNAS, care se depun/transmit și se înregistrează la casele de asigurări de sănătate în luna următoare celei pentru care se face raportarea activității realizate.

(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(3) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform art. 307 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

Art. 200 - (1) 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.

(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 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 reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

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

Art. 201 - (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa în calitate de experți și reprezentanți ai CMR, CMSR, CFR și ai OAMGMAMR.

(2) La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanților CMR, CMSR, CFR și

ai OAMGMAMR, după caz, aceștia participă la efectuarea controlului.

(3) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(4) 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.

Art. 202 - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documente medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancționează conform prevederilor prezentei hotărâri și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 203 - (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce 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. Contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din sumele prevăzute pentru asigurarea de accidente de muncă și boli profesionale în bugetul asigurărilor sociale de stat, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se încasează în contul de restituiri din finanțarea bugetară a anilor precedenți.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația:

a) 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 să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală în vederea decontării;

b) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația reparării prejudiciului produs și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se încasează în contul de restituiri din finanțarea bugetară a anilor precedenți.

Art. 204 - Furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu au obligația:

a) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile 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. 883/2004, cu modificările și completările ulterioare, și 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; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 203 alin. (2);

b) să raporteze, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative, la tarife/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

Art. 205 - (1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații

contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care acordă servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare au obligația să acorde servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale, medicamentele și dispozitivelor medicale acordate persoanelor menționate la alin. (1), până la data atribuirii codului numeric personal de către Direcția pentru Evidența Persoanelor și Administrarea Bazelor de Date, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 206 - Potrivit prevederilor prezentei hotărâri, atribuțiile care revin direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile administrației publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești.

Art. 207 - (1) Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(2) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale depun o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Dispozițiile alin. (2) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de prezentul contract-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.

(4) În situația în care se constată de către autoritățile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (2), contractul se reziliază de plin drept.

(5) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționariat.

Art. 208 - (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, cu excepția asiguraților care optează să beneficieze de unele servicii medicale în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, prevăzuți la art. 230 alin. (2¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme.

(2) Pentru asigurații prevăzuți în Legea nr. 80/1995 privind statutul cadrelor militare, cu modificările și completările ulterioare, și în Legea nr. 360/2002 privind Statutul polițistului, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

Art. 209 - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale și dispozitivele medicale se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS de către furnizorii de servicii medicale și de dispozitive medicale a serviciilor acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS și a serviciilor acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de

servicii medicale/de dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a serviciilor medicale/dispozitivelor medicale.

Art. 210 - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea PIAS constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente eliberează în sistem off-line medicamentele din prescripțiile medicale on-line și off-line, în condițiile prevăzute în norme. În aceste situații medicamentele prescrise nu se eliberează fracționat. Transmiterea în PIAS de către furnizorii de medicamente a medicamentelor eliberate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de medicamente și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate.

Art. 211 - Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale acordate/eliberate off-line la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate se validează strict pentru aceste erori.

Art. 212 - Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea oricărei componente PIAS în condițiile art. 209 - 211. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS, ca urmare a întreruperii în funcționarea acestuia, și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 213 - Datele necesare pentru stabilirea calității de asigurat sunt puse la dispoziția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau, după caz, caselor de asigurări de sănătate, potrivit legii, de către autoritățile, instituțiile publice și alte instituții care răspund de corectitudinea datelor transmise. Datele puse la dispoziția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate produc efecte în ceea ce privește calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data înregistrării în platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția datei decesului sau nașterii persoanei, care produc efecte de la data înregistrării evenimentului, precum și a persoanelor fizice prevăzute la art. 223 alin. (1²) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care au fost înregistrate de la data începerii raporturilor de muncă/serviciu.

Art. 214 - Pentru situațiile care necesită prezentarea de documente casei de asigurări de sănătate de către asigurat, membru al familiei de grad I și II, soț/soție, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurări de sănătate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală/dispozitive medicale și a persoanelor care desfășoară activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi și pentru transmiterea de către casele de asigurări de sănătate a documentelor eliberate, necesare asiguraților.

Art. 215 - Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic și medico-sanitar care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 216 - În cuprinsul prezentului contract-cadru, termenii și expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:

- a) condiții de eligibilitate - condițiile necesare a fi îndeplinite, după caz, de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- b) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.;
- c) cazurile de urgență medico-chirurgicală - 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. 2.021/691/2008 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 republicată, cu modificările și completările ulterioare;

d) dispozitive medicale - potrivit definiției prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. i) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

e) episodul de boală pentru afecțiuni acute este inițiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate pentru o problemă de sănătate și este limitat în timp, de regulă la 3 luni - fie prin evoluția cu durată limitată a bolii către vindecare, fie prin transformarea în boală cronică -, problema de sănătate nou-apărută primește un diagnostic de boală cronică;

f) fond - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

g) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

h) pachetul de servicii de bază - potrivit definiției prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

i) pachetul minimal de servicii - potrivit definiției prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

j) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură;

k) spitalizarea evitabilă - spitalizarea continuă care apare pentru afecțiuni care pot fi abordate și rezolvate prin servicii medicale eficiente și acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sănătate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;

l) suspiciune de afecțiune oncologică - constatarea de către medic a simptomelor sugestive pentru o posibilă patologie oncologică pe baza modalităților de debut pentru fiecare tip de cancer, prevăzute în seturile de recomandări pentru diagnosticul fiecărui tip de cancer aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 4.049/2023 privind aprobarea seturilor de recomandări pentru diagnosticul fiecărui tip de cancer.

Art. 217 - (1) Prezentul contract - cadru reglementează condițiile acordării următoarelor tipuri de asistență medicală:

a) Asistența medicală primară;

b) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;

c) Asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu ;

d) Asistența medicală dentară;

e) Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice;

f) Asistența medicală spitalicească;

g) Îngrijiri medicale la domiciliu;

h) Îngrijiri paliative la domiciliu;

i) Asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii;

j) Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.

(2) Prezentul contract cadru reglementează și condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu.

Art. 217¹* - În aplicarea prevederilor art. 248 alin. (1) lit. t) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, activitățile de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, realizate prin dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, nu sunt decontate din Fond.

*) Art. 217¹ a fost introdus prin H.G. nr. 365/2024 de la data de 12 aprilie 2024.

Cap. XIV

Dispoziții pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare

Art. 218 - (1) Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală

cronică renală, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective, potrivit anexei nr. 2a la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 2.168/502/2023 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările ulterioare.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(4) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, cu contravaloarea investigațiilor paraclinice prevăzute la alin. (1).

(5) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul fondului, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin Legea nr. 293/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 219 - Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, contractate potrivit prevederilor capitolului VI, se decontează la nivelul realizat, conform actelor adiționale de suplimentare a sumelor contractate, încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale spitalicești, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat, cu respectarea condițiilor de raportare, validare și decontare astfel cum sunt acestea reglementate la capitolul VI.

Art. 220 - Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale acordate în centrele de evaluare organizate la nivelul unităților sanitare cu paturi în vederea evaluării și tratării pacienților confirmați cu COVID-19, precum și pentru persoanele asigurate din sistemul de asigurări sociale de sănătate, pentru unele afecțiuni, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea prevederilor art. VII și VIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 221 - Dispozițiile prezentului capitol se aplică pe toată perioada de aplicabilitate a art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare.