



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 173 (XVII) — Nr. 71

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 20 ianuarie 2005

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
50.	— Hotărâre pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de acte normative spre adoptare	1–7
52.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005.....	8–32
	★	
	Rectificări	32

HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de acte normative spre adoptare

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 82 din Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, și al art. 26 alin. (2) teza finală din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Regulamentul privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de acte normative spre adoptare, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și prefecturile vor duce la îndeplinire prevederile prezentei hotărâri.

Art. 3. — Pe data intrării în vigoare a prezentei hotărâri se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 555/2001 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile pentru supunerea proiectelor de acte normative spre adoptare Guvernului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 334 din 22 iunie 2001.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul delegat pentru coordonarea
Secretariatului General al Guvernului,
Mihai Alexandru Voicu

Ministrul delegat pentru relația cu Parlamentul,
Bogdan Olteanu

București, 13 ianuarie 2005.
Nr. 50.

REGULAMENT**privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de acte normative spre adoptare****CAPITOLUL I****Dispoziții privind pregătirea, elaborarea și avizarea proiectelor de acte normative**

Art. 1. — Reglementarea relațiilor sociale prin acte normative se realizează cu respectarea principiilor generale de legiferare proprii sistemului dreptului românesc.

Art. 2. — (1) Actele normative se inițiază, se elaborează, se adoptă și se aplică în conformitate cu prevederile Constituției României, cu dispozițiile Legii nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, precum și cu principiile ordinii de drept.

(2) Actul normativ trebuie să se integreze organic în sistemul legislației, scop în care:

a) proiectul de act normativ trebuie corelat cu prevederile actelor normative de nivel superior sau de același nivel, cu care se află în conexiune, precum și cu reglementările comunitare și cu tratatele internaționale la care România este parte;

b) proiectul de act normativ, întocmit pe baza unui act de nivel superior, nu poate depăși limitele competenței instituite prin acel act și nici nu poate contraveni principiilor și dispozițiilor acestuia.

Art. 3. — (1) Potrivit Constituției României, Guvernul adoptă hotărâri și ordonanțe.

(2) Hotărârile Guvernului se emit pentru organizarea executării legilor.

(3) Ordonanțele simple, emise în domenii care nu fac obiectul legilor organice, se adoptă numai în temeiul unei legi speciale de abilitare a Guvernului, în limitele și în condițiile prevăzute de aceasta.

(4) Ordonanțele de urgență se adoptă în condițiile prevăzute de art. 115 alin. (4) și (6) din Constituția României, republicată.

(5) Guvernul își exercită inițiativa legislativă potrivit Constituției României, prin însușirea proiectelor de lege elaborate de ministere sau de alte autorități ale administrației publice și transmiterea acestora spre dezbateră și adoptare camerei competente a Parlamentului.

Art. 4. — (1) Proiectele de acte normative se elaborează de către autoritățile abilitate să le inițieze, cu respectarea prevederilor Legii nr. 24/2000, republicată.

(2) Au dreptul să inițieze proiecte de acte normative, în conformitate cu atribuțiile și cu domeniul lor de activitate, următoarele autorități publice:

a) ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, aflate în subordinea Guvernului, precum și autoritățile administrative autonome;

b) organele de specialitate ale administrației publice centrale, aflate în subordinea sau în coordonarea ministerelor — prin ministerele în a căror subordine sau coordonare se află;

c) prefecturile, consiliile județene, respectiv Consiliul General al Municipiului București, potrivit legii — prin Ministerul Administrației și Internelor.

Art. 5. — (1) În vederea elaborării proiectelor de acte normative, la toate autoritățile publice prevăzute la art. 4 alin. (2) se constituie, prin dispoziție a conducătorilor acestora, colective speciale în componența cărora sunt desemnați juriști, specialiști în domeniul integrării europene, precum și specialiști din compartimentele corespunzătoare profilului propunerilor de reglementare. Colectivul va fi

coordonat de un secretar de stat, respectiv de secretarul general.

(2) Colectivul prevăzut la alin. (1) întocmește o primă formă a proiectului de act normativ, care este prezentată conducătorului autorității publice inițitoare ori persoanei desemnate prin dispoziție a acestuia.

(3) În procesul de elaborare a proiectelor de acte normative autoritățile publice inițitoare au obligația să respecte regulile procedurale aplicabile pentru asigurarea transparenței decizionale, prevăzute de Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică.

(4) Pentru asigurarea consultării partenerilor sociali, autoritățile publice inițitoare au obligația să supună proiectele de acte normative cu caracter economico-social analizei comisiilor de dialog social, constituite în cadrul acestora în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 314/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea comisiilor de dialog social în cadrul unor ministere și al prefecturilor, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6. — (1) Proiectele de acte normative trebuie însoțite de următoarele instrumente de prezentare și motivare:

a) expuneri de motive — în cazul proiectelor de legi;

b) note de fundamentare — în cazul ordonanțelor, al ordonanțelor de urgență și al hotărârilor Guvernului;

c) referate de aprobare — pentru celelalte acte normative.

(2) Instrumentele de prezentare și motivare a actelor normative trebuie să cuprindă mențiunile prevăzute la art. 30 din Legea nr. 24/2000, republicată.

(3) În cazul proiectelor de ordonanțe de urgență, elementele de fapt și de drept ale situației extraordinare ce impune recurgerea la acest demers legislativ vor fi prezentate și în preambulul proiectului respectiv, potrivit art. 41 alin. (3) din Legea nr. 24/2000, republicată.

Art. 7. — (1) Proiectul de act normativ inițiat de autoritățile publice competente se transmite pe circuitul de avizare numai după însușirea acestuia, prin semnarea instrumentului de motivare, de conducătorul autorității publice inițitoare și de ministrul de stat coordonator.

(2) Proiectul de act normativ însușit potrivit alin. (1) se transmite concomitent, în copie, autorităților publice interesate în aplicarea acestuia, în funcție de obiectul reglementării, care au obligația să analizeze și să comunice inițiatorului eventualele observații și propuneri, în termen de cel mult 5 zile de la primirea proiectului, dacă nu s-a stabilit un alt termen. Proiectele de acte normative care urmăresc armonizarea legislației naționale cu prevederile comunitare se transmit spre analiză și Ministerului Integrării Europene, însoțite de tabelul de concordanță între actul comunitar propus să fie transpus și proiectul de act normativ care îl transpune. În această etapă proiectul de act normativ nu se transmite Ministerului Justiției decât în situația în care acesta are calitatea de minister coinițiator. Pentru obținerea avizului din punct de vedere al legalității, proiectul de act normativ se transmite Ministerului Justiției în condițiile art. 8 alin. (6).

Art. 8. — (1) După obținerea punctelor de vedere ale autorităților publice care urmează să avizeze, inițiatorul definitivează proiectul de act normativ. La operațiunea de definitivare de către colectivul prevăzut la art. 5 alin. (1) pot participa și reprezentanți ai autorităților publice avizatoare.

(2) Dacă în urma propunerilor și observațiilor primite de la autoritățile publice avizatoare s-au adus modificări proiectului de act normativ, instrumentele de prezentare și motivare inițiale vor fi reformulate în mod corespunzător, astfel încât acestea să se refere la forma proiectului de act normativ care va fi transmisă spre avizare.

(3) După definitivare originalul proiectului de act normativ, însoțit de instrumentul de prezentare și motivare, refăcut conform modificărilor operate, se transmite succesiv spre avizare de către inițiator autorităților publice prevăzute la alin. (2), în termen de maximum 3 zile de la primirea punctelor de vedere ale acestora.

(4) Proiectele de acte normative ce transpun prevederi comunitare se transmit spre avizare și Ministerului Integrării Europene.

(5) În situația în care între inițiator și autoritățile publice avizatoare există puncte de vedere diferite, proiectul de act normativ va fi avizat în termen de maximum 3 zile de la primirea acestuia, cu obiecții, care vor fi anexate și prezentate în cadrul ședinței Guvernului.

(6) Proiectele de acte normative se transmit Ministerului Justiției în original, împreună cu o copie și numai după obținerea avizelor autorităților publice interesate. Ministerul Justiției avizează proiectele de acte normative exclusiv din punct de vedere al legalității, încheind succesiunea operațiunilor din etapa de avizare.

(7) Avizul Ministerului Justiției nu este obligatoriu în cazul hotărârilor Guvernului cu caracter individual ce au ca obiect exclusiv:

- a) numiri și revocări din funcție;
- b) stabilirea unor date;
- c) aprobarea de indicatori tehnico-economici de investiții;
- d) aprobarea bugetelor de venituri și cheltuieli ale agenților economici și ale instituțiilor publice, pentru cazurile prevăzute de lege, și a rectificării acestora;
- e) acordarea de ajutoare financiare și de urgență;
- f) alocarea de fonduri de la bugetul de stat, suplimentarea bugetelor instituțiilor publice din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului și din Fondul de intervenție la dispoziția Guvernului;
- g) aprobarea finanțării de proiecte și acțiuni din fondurile pentru promovarea imaginii externe a României;
- h) aprobarea stemelor pentru județe, municipii, orașe și comune.

Art. 9. — Proiectele de acte normative pentru care, potrivit legii, este necesar avizul Consiliului Concurenței se supun spre adoptare Guvernului numai după obținerea acestui aviz. Avizul Consiliului Concurenței se obține de către autoritatea publică inițiatoare a respectivului proiect de act normativ.

Art. 10. — Proiectele de acte normative pentru care, potrivit legii, este necesar avizul Consiliului Suprem de Apărare a Țării se supun spre adoptare Guvernului numai după obținerea acestui aviz.

Art. 11. — (1) Tratatelile la nivel guvernamental sau departamental se negociază și se semnează de către persoanele desemnate în acest scop, pe baza împuternicirii Guvernului.

(2) Memorandumurile prin care se supun spre aprobare Guvernului negocierea și/sau semnarea tratatelor prevăzute la alin. (1) vor fi inițiate, în funcție de obiectul reglementării, împreună cu Ministerul Afacerilor Externe și/sau cu Ministerul Integrării Europene și vor fi avizate de autoritățile publice interesate. Avizul Ministerului Justiției este obligatoriu în cazul în care se solicită împuternicirea de semnare a actelor internaționale.

(3) Memorandumurile prin care se supun spre aprobare Guvernului negocierea și/sau semnarea tratatelor prevăzute la alin. (1) vor fi însoțite și de proiectele de acte normative prin care urmează să se accepte, să se adere la ele, să se ratifice sau să se aprobe respectivele tratate, după încheierea acestora.

(4) După aprobare Secretariatul General al Guvernului comunică autorităților publice inițiatoare decizia Guvernului.

Art. 12. — (1) În cazul tratatelor care se supun Parlamentului de către Guvern în vederea ratificării sau pentru care competența de aprobare revine, potrivit legii, Guvernului, proiectul de act normativ trebuie să fie însoțit de textul actului internațional în limba originală și în traducere oficială sau autorizată.

(2) În situații extraordinare, categoriile de tratate prevăzute la art. 19 alin. (1) lit. b)—h) din Legea nr. 590/2003 privind tratatele pot fi ratificate prin ordonanțe de urgență.

(3) Proiectele de acte normative prevăzute la alin. (1) și (2) vor fi inițiate, în funcție de obiectul reglementării, împreună cu Ministerul Afacerilor Externe, Ministerul Integrării Europene și cu celelalte ministere sau autorități publice interesate.

(4) Textele tratatelor care se supun ratificării sau aprobării se vor ștampila pe fiecare pagină, iar pe ultima pagină se vor menționa explicit numele persoanelor semnate și se va atesta, prin semnătura persoanei autorizate și prin aplicarea ștampilei, conformitatea documentului cu originalul.

Art. 13. — (1) Proiectele de ordonanțe de urgență vor fi avizate în prealabil, din punctul de vedere al oportunității promovării acestora, de ministrul delegat pentru relația cu Parlamentul, cu participarea conducătorului autorității publice care a inițiat ordonanța de urgență.

(2) Conducătorul autorității publice inițiatoare va transmite proiectul de ordonanță de urgență autorităților publice interesate în aplicarea acestuia, potrivit art. 7, numai după obținerea unui aviz favorabil conform alin. (1).

(3) În situația în care avizul prevăzut la alin. (1) este nefavorabil, proiectul de ordonanță de urgență va fi refăcut sub forma unui proiect de lege și va fi promovat ca atare, cu îndeplinirea tuturor procedurilor legale prevăzute în prezentul regulament.

(4) Dacă autoritatea care a elaborat proiectul de ordonanță de urgență susține necesitatea promovării lui în această formă, chiar după obținerea unui aviz nefavorabil, acordat în conformitate cu prevederile alin. (1), proiectul va fi discutat în cadrul ședinței Guvernului, unde se va adopta o hotărâre finală.

(5) Nici un proiect de ordonanță de urgență nu poate fi inclus pe agenda de lucru a Guvernului fără avizul prevăzut la alin. (1).

Art. 14. — Prin decizie a primului-ministru, pe lângă Secretariatul General al Guvernului se pot constitui grupuri de lucru formate din specialiști — colaboratori externi — pentru analizarea proiectelor de acte normative sub aspectul soluțiilor propuse, cerințelor de corelare cu ansamblul reglementărilor interne, armonizării cu legislația europeană și cu tratatele internaționale la care România este parte, precum și al respectării normelor de tehnică legislativă.

Art. 15. — (1) Proiectele de acte normative avizate se transmit de către inițiator Secretariatului General al Guvernului, atât în original, ștampilate pe fiecare pagină, cât și pe suport magnetic, însoțite de fișa circuitului de avizare al cărei model este prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul regulament.

(2) Secretariatul General al Guvernului va solicita de îndată următoarele avize:

a) avizul Consiliului Legislativ, ce urmează să fie emis, potrivit legii, în termenul solicitat de Guvern, care nu poate fi mai mic de:

— 24 de ore pentru proiectele de ordonanțe de urgență;

— două zile pentru proiectele de legi care urmează să fie transmise Parlamentului cu solicitarea dezbaterii în procedură de urgență;

— 10 zile pentru celelalte proiecte de acte normative;

b) avizul Consiliului Suprem de Apărare a Țării, în cazul proiectelor de acte normative prevăzute la art. 10;

c) avizul Consiliului Economic și Social, în cazul proiectelor de acte normative care privesc domeniile prevăzute la art. 5 din Legea nr. 109/1997 privind organizarea și funcționarea Consiliului Economic și Social, cu modificările și completările ulterioare, care urmează să fie emis, potrivit legii, în termen de:

— 10 zile calendaristice de la primirea solicitării, în cazul proiectelor de hotărâri, de ordonanțe și de legi ordinare;

— 20 de zile calendaristice de la primirea solicitării, în cazul proiectelor de legi organice.

(3) Secretariatul General al Guvernului verifică îndeplinirea condițiilor de formă ale fiecărui proiect de act normativ, inclusiv respectarea normelor de tehnică legislativă prevăzute de Legea nr. 24/2000, republicată, întocmind, dacă este cazul, o notă cuprinzând propuneri și/sau observații.

Art. 16. — Autoritățile publice, inclusiv Secretariatul General al Guvernului, sunt obligate să furnizeze Consiliului Legislativ informațiile și documentațiile necesare privind avizarea proiectelor de acte normative, în termenele și în condițiile stabilite prin Legea nr. 73/1993 pentru înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Legislativ, republicată.

Art. 17. — Proiectele de acte normative care nu corespund condițiilor de formă prevăzute de prezentul regulament vor fi restituite inițiatorilor de către Secretariatul General al Guvernului, în vederea refacerii lor.

Art. 18. — (1) După parcurgerea etapelor prevăzute la art. 15, Secretariatul General al Guvernului transmite inițiatorului, după caz, următoarele documente:

a) avizul Consiliului Legislativ;

b) avizul Consiliului Suprem de Apărare a Țării;

c) avizul Consiliului Economic și Social;

d) nota cuprinzând propunerile și/sau observațiile sale.

(2) Pe baza documentelor menționate la alin. (1) colectivul prevăzut la art. 5 alin. (1) are obligația de a reanaliza și, după caz, de a reface proiectul de act normativ. Proiectul de act normativ refăcut va fi transmis Secretariatului General al Guvernului, ștampilat pe fiecare filă, cu cel puțin 5 zile înainte de data ședinței Guvernului pe a cărei agendă de lucru se solicită să fie înscris.

(3) În situația în care inițiatorul nu acceptă, total sau parțial, observațiile și propunerile formulate în documentele prevăzute la alin. (1), acesta va transmite Secretariatului General al Guvernului forma proiectului de act normativ ce urmează să fie supusă spre adoptare Guvernului, însoțită de o notă justificativă cuprinzând argumentele care au condus la neacceptarea observațiilor și/sau a propunerilor respective.

CAPITOLUL II

Dispoziții privind analiza și supunerea spre adoptare a proiectelor de acte normative

Art. 19. — (1) Pregătirea ședințelor Guvernului se realizează de Secretariatul General al Guvernului.

(2) În vederea pregătirii ședințelor Guvernului, Secretariatul General al Guvernului organizează în prealabil reuniuni de lucru cu reprezentanți, la nivel de secretar de stat sau secretar general, ai ministerelor și ai celorlalte autorități publice inițiatore și avizatoare, în vederea corelării punctelor de vedere ale acestora în legătură cu proiectele de acte normative ce urmează a fi supuse Guvernului spre adoptare.

(3) Secretariatul General al Guvernului va transmite proiectul agendei de lucru a ședinței Guvernului din respectiva săptămână, structurat în două părți, împreună cu actele incluse în aceasta, tuturor membrilor Guvernului, precum și conducătorilor altor autorități publice interesate.

(4) Proiectul agendei de lucru a ședinței Guvernului cuprinde: proiecte de acte normative, rapoarte, note, note-mandat, memorandumuri, puncte de vedere, informări și alte documente, în funcție de necesități și de solicitări.

(5) În cadrul reuniunii vor fi discutate, în principal, următoarele probleme:

a) modalitatea de structurare a proiectului agendei de lucru comunicat;

b) modalitatea de soluționare a unor chestiuni apărute pe circuitul de avizare, în cazul proiectelor de acte normative care urmează să fie înscrise pe agenda de lucru a următoarelor ședințe ale Guvernului;

c) situația proiectelor de acte normative adoptate de Guvern și nefinalizate până la data reuniunii;

d) situația sarcinilor restante rezultate din actele normative publicate.

(6) În prima parte a agendei de lucru vor fi înscrise proiectele de acte normative și alte documente, care au toate avizele ministerelor implicate, inclusiv formele refăcute conform avizelor Consiliului Legislativ, Consiliului Economic și Social și, după caz, Consiliului Suprem de Apărare a Țării sau Consiliului Concurenței, în conformitate cu prevederile prezentului regulament, în scopul facilitării luării unei decizii rapide de către Guvern asupra actelor care sunt agreeate de toate ministerele implicate și care nu mai comportă discuții suplimentare pentru a fi adoptate de Guvern.

(7) În cadrul reuniunilor vor fi luate în discuție numai actele înscrise în cele două părți ale proiectului agendei de lucru, pentru a se stabili:

a) dacă aceste acte îndeplinesc condițiile prevăzute de prezentul regulament și nu mai comportă discuții suplimentare pentru a fi adoptate de Guvern;

b) dacă sunt problemele actelor înscrise în a doua parte a proiectului agendei de lucru, luându-se în considerare următoarele aspecte:

— dacă respectivele acte ridică probleme care pot fi rezolvate până la data desfășurării ședinței Guvernului;

— dacă mai este necesar avizul altor ministere;

— dacă există puncte de vedere divergente pentru care este necesară o decizie a Guvernului.

(8) În funcție de rezultatul dezbaterilor și clarificărilor aduse în cadrul reuniunilor, documentele urmează să fie înscrise în una dintre cele două părți ale proiectului agendei de lucru sau să fie amânate pentru înscrierea pe agenda de lucru a următoarelor ședințe ale Guvernului.

(9) Proiectul agendei de lucru, avizat de ministrul delegat pentru coordonarea Secretariatului General al Guvernului, este prezentat de acesta spre aprobare primului-ministru. Agenda de lucru aprobată se comunică

de Secretariatul General al Guvernului tuturor membrilor Guvernului, precum și conducătorilor altor autorități publice interesate, cu cel puțin 36 de ore înainte de începerea ședinței Guvernului.

(10) Ședințele de lucru ale Guvernului se desfășoară utilizându-se Sistemul informatic pentru ședințele Guvernului.

(11) Membrii Guvernului, reprezentanții autorităților publice interesate, precum și ceilalți invitați a căror prezență este necesară pentru buna desfășurare a ședințelor Guvernului se convoacă de ministrul delegat pentru coordonarea Secretariatului General al Guvernului, conform dispoziției primului-ministru.

Art. 20. — (1) Înainte de începerea dezbaterilor sau în cursul acestora, inițiatorii pot solicita primului-ministru, motivat, retragerea sau amânarea proiectelor de acte normative aflate pe agenda de lucru.

(2) În cazuri excepționale primul-ministru poate aproba ca pe durata desfășurării ședinței Guvernului să fie luate în discuție și proiecte de acte normative sau materiale neînscrise pe agenda de lucru. În cazul adoptării de către Guvern a acestor proiecte de acte normative, inițiatorul are obligația să își însușească observațiile și propunerile cu privire la forma și legalitatea acestor proiecte, cuprinse în documentele prevăzute la art. 18 alin. (1).

(3) Decizia Guvernului cu privire la fiecare proiect de act normativ, luată ca urmare a rezultatului dezbaterilor, este marcată prin anunțul primului-ministru privind adoptarea, amânarea, respingerea sau retragerea acestuia, după caz.

Art. 21. — (1) După adoptare, Secretariatul General al Guvernului finalizează proiectul de act normativ prin operarea observațiilor de tehnică legislativă.

(2) În situația în care în ședința Guvernului au fost formulate observații de fond, Secretariatul General al Guvernului le va comunica inițiatorilor atât prin fax, cât și prin poșta specială, imediat după ce stenograma ședinței Guvernului a fost redactată.

(3) În termen de cel mult două zile de la primirea observațiilor formulate în ședința Guvernului, inițiatorul este obligat să transmită Secretariatului General al Guvernului reformulările textelor vizate de acestea; în acest răspuns vor fi cuprinse, dacă este cazul, și reformulările textelor vizate de observațiile de fond cuprinse în documentele prevăzute la art. 18 alin. (1). Inițiatorul aplică ștampila conducătorului instituției pe fiecare pagină ce conține textele reformulate. Reformulările textelor vizate, însoțite de o adresă din partea inițiatorului, se transmit prin fax, precum și prin poșta specială, originalul urmând să fie atașat la dosarul actului normativ în cauză.

(4) După finalizare Secretariatul General al Guvernului transmite autorității publice inițiatoare forma finală a actului normativ.

(5) În situația în care inițiatorul nu acceptă propunerile și/sau observațiile aprobate de Guvern, proiectul de act normativ va fi repus în mod obligatoriu pe agenda de lucru a ședinței Guvernului.

Art. 22. — (1) Proiectele de acte normative cărora li s-au adus modificări de fond ca urmare a discutării și adoptării lor în ședința Guvernului vor fi supuse unei noi avizări a Consiliului Legislativ, a Consiliului Suprem de Apărare a Țării și a Consiliului Economic și Social, după caz. În situația în care, ca urmare a noii avizări de către aceste autorități, este necesară operarea unor modificări de fond ori avizul respectiv este negativ, proiectul de act normativ va fi repus în mod obligatoriu pe agenda de lucru a ședinței Guvernului.

(2) Repunerea pe agenda de lucru a ședinței Guvernului este obligatorie și în cazul proiectelor de acte normative adoptate potrivit art. 20 alin. (2), dacă:

a) acceptarea ulterioară a observațiilor cuprinse în documentele prevăzute la art. 18 alin. (1) determină modificări de fond ale proiectului;

b) avizul Consiliului Legislativ și/sau avizul Consiliului Economic și Social sunt negative, după transmiterea de către inițiator a punctului său de vedere la Secretariatul General al Guvernului.

(3) În toate cazurile, dacă ulterior adoptării inițiatorul solicită operarea altor modificări care nu au fost aprobate de Guvern, Secretariatul General al Guvernului are obligația să repună respectivul proiect de act normativ pe agenda de lucru.

Art. 23. — (1) După ședința Guvernului, Secretariatul General al Guvernului va proceda la:

a) definitivarea actului normativ adoptat, în condițiile art. 21;

b) prezentarea actului normativ adoptat primului-ministru, în vederea semnării, și miniștrilor care au obligația punerii lui în executare, în vederea contrasemnării. Contrasemnarea unui act normativ adoptat de Guvern este obligatorie în termen de cel mult 24 de ore de la data semnării lui de către primul-ministru;

c) numerotarea actelor normative în cadrul anului calendaristic; actele Guvernului vor purta data ședinței Guvernului în care acestea au fost adoptate;

d) transmiterea la Camera Deputaților sau, după caz, la Senat, a proiectelor de legi, însoțite de expunerile de motive ale acestora și de hotărârile de supunere a lor spre adoptare, semnate de primul-ministru;

e) transmiterea către secretarul general al Camerei Deputaților, cu solicitarea publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, a hotărârilor și ordonanțelor Guvernului, însoțite, după caz, de notele de fundamentare ale acestora, semnate de ministrul sau de ministrii inițiatori. Sunt exceptate de la publicare hotărârile Guvernului care intră sub incidența prevederilor art. 108 alin. (4) ultima teză din Constituția României, republicată, care se comunică numai instituțiilor interesate;

f) publicarea notelor de fundamentare ale hotărârilor și ordonanțelor adoptate, pe pagina de Internet a Guvernului;

g) transmiterea la Senat sau la Camera Deputaților, după caz, a ordonanțelor și a ordonanțelor de urgență ale Guvernului, însoțite de expunerile de motive ale proiectelor de legi pentru aprobarea acestora și de hotărârile de adoptare, semnate de primul-ministru.

(2) În vederea publicării de pagina de Internet a Guvernului sau, după caz, în Monitorul Oficial al României, Partea I, inițiatorilor le revine obligația să transmită Secretariatului General al Guvernului, imediat după adoptare, nota de fundamentare semnată numai de conducătorul/conducătorii autorității/autorităților publice inițiatoare, care să se refere la forma finală a actului normativ, precum și la avizul Consiliului Legislativ.

(3) În conformitate cu dispozițiile art. 75 din Constituția României, republicată, se supun spre dezbateră și adoptare:

a) Camerei Deputaților, ca primă Cameră sesizată, proiectele de legi prevăzute la art. 86 alin. (2) din Regulamentul Camerei Deputaților, aprobat prin Hotărârea Camerei Deputaților nr. 8/1994, republicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.030 din 8 noiembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare;

b) Senatului, ca primă Cameră sesizată, proiectele de legi prevăzute la art. 38¹ din Regulamentul Senatului, aprobat prin Hotărârea Senatului nr. 16/1993, republicat în

Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 58 din 2 februarie 2001, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 24. — Instrumentele de prezentare și motivare, variantele și formele succesive ale proiectelor de acte normative, precum și originalul actului normativ adoptat se păstrează de Secretariatul General al Guvernului, astfel încât să se asigure cunoașterea întregului proces de elaborare a actului normativ respectiv.

Art. 25. — (1) Actul normativ modificat sau completat în mod substanțial va fi republicat în temeiul unei dispoziții exprese cuprinse în actul de modificare, respectiv de completare.

(2) Republicarea actelor normative modificate sau completate prin ordonanțe ale Guvernului se poate face numai după aprobarea acestora din urmă prin lege, pentru a nu se crea eventuale discrepanțe cu actul de aprobare, în cazul în care acesta aduce alte modificări ordonanței supuse aprobării.

(3) Legile, precum și ordonanțele și hotărârile Guvernului vor fi republicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, prin grija autorității publice care a emis actul de modificare, respectiv de completare. În acest sens autoritățile publice inițiatoare ale proiectelor de ordonanțe sau hotărâri ale Guvernului de modificare, respectiv de completare, au obligația de a transmite Secretariatului General al Guvernului textul actului normativ de bază, în forma republicabilă, cu solicitarea de republicare, în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 24/2000, republicată.

(4) Forma republicabilă conține textul actului normativ de bază, în care se integrează prevederile modificate sau cele de completare, se actualizează denumirile schimbate între timp, cum ar fi cele ale unor instituții sau localități, și se dă, atunci când s-a dispus în mod expres, o nouă numerotare alineatelor, articolelor, capitolelor și celorlalte structuri ale actului normativ în cauză.

(5) Legile, precum și ordonanțele și hotărârile Guvernului vor fi republicate cu avizul Consiliului Legislativ asupra noului text, la solicitarea Secretariatului General al Guvernului adresată secretarului general al Camerei Deputaților.

Art. 26. — (1) În cazul în care după publicarea actelor normative adoptate de Guvern se descoperă erori materiale în cuprinsul acestora, se procedează la publicarea unei note cuprinzând rectificările necesare.

(2) Rectificarea textelor actelor normative adoptate de Guvern se face cu avizul Consiliului Legislativ, la cererea Secretariatului General al Guvernului adresată secretarului general al Camerei Deputaților. În acest sens autoritățile publice inițiatoare ale proiectelor de acte normative care conțin erori materiale au obligația de a transmite Secretariatului General al Guvernului textele vizate, în forma rectificabilă, justificând necesitatea îndreptării erorii materiale, cu solicitarea de a se dispune rectificarea necesară în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 24/2000, republicată.

CAPITOLUL III

Dispoziții privind ordinele, instrucțiunile și celelalte acte normative emise de conducătorii ministerelor și ai celorlalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și de prefecți

Art. 27. — (1) Ordinele cu caracter normativ, instrucțiunile și alte asemenea acte ale conducătorilor ministerelor și ai celorlalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și cele ale prefecților se emit pe baza și în executarea legilor, a ordonanțelor și a hotărârilor Guvernului.

(2) Ordinele, instrucțiunile și alte asemenea acte se emit atunci când se prevede aceasta printr-o dispoziție legală,

cu încadrarea în termenul stabilit și cu indicarea expresă a temeiului legal.

(3) Ordinele, instrucțiunile și alte asemenea acte vor fi elaborate respectându-se normele de tehnică legislativă prevăzute de Legea nr. 24/2000, republicată, cu consultarea compartimentelor de specialitate din cadrul autorității publice respective, și vor fi avizate în mod obligatoriu de compartimentul juridic propriu.

(4) Actele prevăzute la alin. (1) se semnează numai de către conducătorii autorităților publice emitente.

Art. 28. — (1) Toate ordinele, instrucțiunile și alte asemenea acte cu caracter normativ ale miniștrilor și conducătorilor celorlalte organe de specialitate ale administrației publice centrale se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, prin grija acestora.

(2) Prefecții vor dispune publicarea ordinelor emise în monitoarele oficiale ale județelor sau al municipiului București, potrivit reglementărilor în vigoare.

(3) Nu sunt supuse regimului de publicare în Monitorul Oficial al României, Partea I, dacă legea nu dispune altfel, ordinele, instrucțiunile și alte acte cu caracter normativ care au ca obiect reglementări din sectorul de apărare, ordine publică și siguranță națională.

CAPITOLUL IV

Dispoziții finale

Art. 29. — (1) Pe întregul parcurs al elaborării proiectelor de acte normative se interzice personalului autorităților publice inițiatoare și avizatoare furnizarea în afara instituțiilor respective a unor date sau informații cu privire la respectivele proiecte de acte normative.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) actele, datele sau informațiile referitoare la proiectele de acte normative, care sunt furnizate în afara instituțiilor cu adresă oficială, datată și sub semnătura conducerii autorităților publice inițiatoare ori avizatoare sau în condițiile Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public și ale Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică.

Art. 30. — Ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și prefecții vor analiza periodic stadiul aplicării actelor normative din domeniul lor de activitate și vor face propuneri temeinic justificate de adaptare a reglementărilor legale la cerințele impuse de evoluția vieții economico-sociale.

Art. 31. — (1) În situația în care împotriva unui act al Guvernului se formulează o plângere prealabilă sau o reclamație administrativă în condițiile prevederilor legale privind contenciosul administrativ, adresată Secretariatului General al Guvernului, aceasta se comunică de îndată inițiatorului, care are obligația să reanalizeze actul respectiv și să comunice Secretariatului General al Guvernului, în termen de 10 zile de la solicitare, propuneri de menținere, de modificare și/sau de completare ori de abrogare a acestuia.

(2) În situația în care inițiatorul propune menținerea actului administrativ, Secretariatul General al Guvernului comunică reclamantului soluția de respingere a plângerii prealabile sau, după caz, a reclamației administrative. Secretariatul General al Guvernului va asigura susținerea soluției de menținere a actului administrativ în fața instanțelor de contencios administrativ.

(3) În situația în care inițiatorul propune admiterea plângerii prealabile sau, după caz, a reclamației administrative, acesta are obligația de a promova un proiect de modificare, de completare sau de abrogare, după caz, a actului administrativ contestat, respectând dispozițiile prezentului regulament și ale legislației privind contenciosul administrativ.

Fișa circuitului de avizare

Proiectul (titlul)
Inițiator (instituția inițitoare)
Avizatori,, (instituțiile avizatoare)

Avizator: (se completează cu instituția de la care s-a solicitat avizul)	Data solicitării avizului: 2005 - adresa nr.	Data obținerii avizului: 2005 - adresa nr.	Observații: (dacă este cazul – pentru situații în care proiectul a necesitat refacere conform unor observații sau furnizarea altor informații relevante)
Avizator: (se completează cu instituția de la care s-a solicitat avizul)	Data solicitării avizului: 2005 - adresa nr.	Data obținerii avizului: 2005 - adresa nr.	Observații: (dacă este cazul – pentru situații în care proiectul a necesitat refacere conform unor observații sau furnizarea altor informații relevante)
Avizator: (se completează cu instituția de la care s-a solicitat avizul)	Data solicitării avizului: 2005 - adresa nr.	Data obținerii avizului: 2005 - adresa nr.	Observații: (dacă este cazul – pentru situații în care proiectul a necesitat refacere conform unor observații sau furnizarea altor informații relevante)

Data transmiterii la S.G.G. pentru includerea proiectului pe agenda de lucru a ședinței Guvernului 2005
---	------------

Ministru / Secretar de Stat

.....
(nume și semnătură)

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 10 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare *contract-cadru*.

Art. 2. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate va elabora, în temeiul art. 10 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, ca parte integrantă a acestuia, denumite în continuare *norme*, cu participarea, în condițiile legii, a Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali și Moșelor din România, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

Art. 3. — Serviciile medicale, medicamentele în tratamentul ambulatoriu și dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de

servicii medicale în asistența medicală primară, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și medicină dentară, asistența medicală spitalicească, asistența medicală de recuperare, de îngrijiri medicale la domiciliu, de servicii medicale de urgență și transport sanitar, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, precum și unitățile de asistență medico-socială, denumiți în continuare *furnizori*, și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 4. — În domeniul asigurărilor sociale de sănătate comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România, împreună cu Ordinul Asistenților Medicali și Moșelor din România elaborează criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, care se negociază cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Aceste criterii se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 5. — Pe data intrării în vigoare a prezentei hotărâri își încetează aplicabilitatea Hotărârea Guvernului nr. 1.485/2003 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 920 din 22 decembrie 2003, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,
Mircea Cintează

Ministrul finanțelor publice,
Ionel Popescu

C O N T R A C T - C A D R U**privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005****CAPITOLUL I****Dispoziții generale**

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

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

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

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

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

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

Art. 4. — (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în limita și la termenele stabilite în contracte contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale.

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

(3) Litigiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj organizată conform reglementărilor legale în vigoare.

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

Art. 6. — (1) Organizarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și dispozitivelor medicale acordate asiguraților în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Ministerul Sănătății și/sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România și Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România.

(2) Controlul serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se efectuează de către serviciile specializate din structura Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a caselor de asigurări de sănătate, a direcțiilor de sănătate publică și a direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Legii nr. 100/1998 privind asistența de sănătate publică, cu modificările și completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România, organizate la nivel național și teritorial, precum și alte instituții abilitate, după caz, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 7. — (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele justificative privind realizarea serviciilor raportate, în baza cărora se face decontarea.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziție organelor de control actele de evidență a serviciilor furnizate și documentele justificative în baza cărora se decontează serviciile raportate conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii.

Art. 8. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate va elabora norme în vederea recuperării, prin grija caselor de asigurări de sănătate, a sumelor aferente serviciilor medicale acordate unei persoane ca urmare a prejudiciilor sau daunelor cauzate sănătății acesteia de alte persoane.

Art. 9. — Furnizorii de servicii medicale întocmesc evidențe distincte pentru accidentele produse în timpul programului de lucru și pentru bolile profesionale. Până la stabilirea caracterului de muncă al accidentului sau a caracterului profesional al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale și a medicamentelor acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, urmând ca decontarea să se realizeze ulterior din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

Art. 10. — Casele de asigurări de sănătate organizează proceduri de licitație sau de negociere, după caz, pentru serviciile din pachetul de servicii de bază, potrivit condițiilor prevăzute în norme. Licitația, respectiv negocierea, se organizează în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii de bază, între furnizori și casele de asigurări de sănătate, decontate exclusiv din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în scopul utilizării eficiente a acestuia.

Art. 11. — Atribuțiile ce revin, potrivit legii, direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate de către direcțiile medicale sau de structurile similare organizate conform Legii nr. 100/1998, cu modificările și completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie.

Art. 12. — Toate documentele care stau la baza încheierii contractelor și decontării serviciilor medicale, a medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale se certifică prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor care vor răspunde de exactitatea și realitatea datelor transmise și/sau raportate.

CAPITOLUL II

Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 13. — În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie organizați în una dintre structurile aprobate conform prevederilor legale în vigoare;
- să fie autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractelor

Art. 14. — Contractul de furnizare de servicii medicale între furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale, actul de înființare sau organizare, după caz;
- autorizația sanitară de funcționare;

- contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- codul numeric personal sau codul fiscal, după caz;
- dovada de acreditare a furnizorului;
- autorizația de liberă practică pentru personalul angajat;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.

SECȚIUNEA a 3-a

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

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

- să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate și a activității desfășurate;
- să informeze asigurații despre pachetul de servicii de bază, pachetul minimal de servicii medicale și pachetul de servicii pentru persoanele asigurate facultativ, obligațiile furnizorului de servicii medicale în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și obligațiile asiguratului;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura va fi însoțită de desfășurătoarele privind activitățile realizate, care cuprind și codul numeric personal al asiguraților care au beneficiat de serviciile medicale raportate, atât pe suport de hârtie, cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Desfășurătoarele se stabilesc prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se pun la dispoziție furnizorilor de servicii medicale de către casele de asigurări de sănătate. Nerespectarea termenelor de depunere a facturii pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) să respecte prevederile actelor normative privind raportarea bolilor și efectuarea vaccinărilor, confirmate de direcțiile de sănătate publică;

g) să întocmească bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, atunci când este cazul, și să atașeze la acest bilet rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau a confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere, și data la care au fost efectuate, care completează tabloul clinic pentru care se

solicită internarea; medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor paraclinice și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

h) să completeze corect și la zi formularele tipizate din sistemul informațional al Ministerului Sănătății cu datele corespunzătoare activității desfășurate;

i) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului de familie, a medicului specialist din ambulatoriu și a unității sanitare;

j) să respecte programul de lucru pe care să îl afișeze la loc vizibil și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică;

k) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

l) să respecte prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate; furnizorilor li se recomandă participarea la acțiunile de instruire organizate de casele de asigurări de sănătate și de direcțiile de sănătate publică;

m) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman, conform reglementărilor în vigoare, ca urmare a unui act medical propriu și numai pentru afecțiuni care intră în competență conform autorizației de liberă practică; medicamentele prescrise și investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul;

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

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

p) să acorde servicii medicale și să efectueze analize medicale și alte investigații paraclinice în regim de urgență femeii gravide;

q) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

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

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

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și raportate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale;

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

d) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate, precum și diferența dintre tariful acceptat la plată de sistemul de asigurări sociale de sănătate și cel practicat pe piață pentru unele servicii medicale;

e) să negocieze, în calitate de parte contractantă, pachetul de servicii medicale acordate asiguraților, precum și clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în limita prevederilor legale în vigoare.

Art. 17. — În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

b) să controleze furnizarea serviciilor medicale care fac obiectul contractelor încheiate pe baza documentelor justificative corespunzătoare;

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

d) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate și raportate, pe baza facturii însoțite de desfășurătoarele privind activitatea realizată, prezentate atât pe suport de hârtie, cât și pe suport magnetic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

f) să utilizeze un sistem informatic unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată fiecărui asigurat;

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

h) să informeze permanent furnizorii de servicii medicale asupra condițiilor de contractare.

SECȚIUNEA a 4-a

Condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 18. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data 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) ridicarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare, expirarea termenului de valabilitate a acesteia sau încetarea acreditării furnizorului;

d) nerespectarea termenelor de raportare, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a activității realizate, pe baza documentelor de raportare, pentru o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

e) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de instituțiile abilitate să efectueze acest control;

f) neanunțarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în termen de 10 zile lucrătoare.

Art. 19. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul de servicii medicale se mută din teritoriul de funcționare;

b) încetare prin faliment, dizolvare, lichidare, desființare sau reprofilare, după caz;

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

d) acordul de voință al părților;

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

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții speciale

Art. 20. — Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de bază de servicii medicale, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile menționate în norme.

SECȚIUNEA a 6-a

Asistența medicală primară — Condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 21. — (1) Asistența medicală primară se asigură numai de către medicul de familie, prin cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prin 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, autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând asigurații înscriși la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând asigurații înscriși la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport de hârtie și în format electronic.

(3) Necesarul de medici de familie și numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară între furnizori și casele de asigurări de sănătate se stabilește pe localități, de către o comisie paritară formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Legii nr. 100/1998, cu modificările și completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu participarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, cu excepția cabinetelor medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

(4) În localitățile urbane numărul minim de asigurați de pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, în cazul medicilor nou-veniți, este de 1.000. Pentru medicii de familie care la data de 31 decembrie 2004 au sub 1.000 de asigurați înscriși pe listele proprii, furnizorii vor încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate respectând numărul minim de asigurați înscriși. Încadrarea obligatorie în limita de 1.000 de asigurați înscriși se realizează până la data de 31 decembrie 2005. Medicilor de familie al căror număr de asigurați înscriși pe listele proprii scade, timp de 3 luni consecutive, sub numărul minim pentru care se poate încheia contractul de furnizare de servicii medicale, în situația cabinetelor medicale individuale, li se reziliază contractul în condițiile legii, iar pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale medicii de familie respectivi sunt excluși din contract prin modificarea acestuia, ca urmare a reanalizării fiecărei situații de scădere a numărului minim de asigurați, de către comisia constituită conform alin. (3). Asigurații de pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aduși la cunoștință asiguraților de către casele de asigurări de sănătate.

(5) În localitățile acoperite din punct de vedere numeric cu medici de familie, pentru asigurarea calității asistenței medicale, medicii de familie vor înscrie în listele proprii un număr de maximum 2.000 de asigurați, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 22. — (1) Cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale, în situația în care asigurații de pe lista proprie a medicilor respectivi au răspândire mare în teritoriu. Cabinetele

medicale din mediul urban pot avea puncte secundare de lucru în localitățile rurale numai dacă acestea sunt deficitare în ceea ce privește existența medicilor de familie, pentru perioada în care nu este acoperit necesarul de servicii medicale. Lista localităților rurale în care cabinetele medicale din mediul urban pot avea puncte secundare de lucru se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la propunerea comisiei formate din reprezentanți ai direcțiilor de sănătate publică și ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul caselor de asigurări de sănătate. Autorizația sanitară este obligatorie atât pentru cabinetele medicale, cât și pentru punctele secundare de lucru ale acestora.

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

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

Art. 23. — Medicii de familie acordă asistență medicală pentru asigurații înscriși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază, asigură asistență medicală pentru situații de urgență oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii, asigură asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform pachetului minimal de servicii medicale, precum și categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate, potrivit legii.

Art. 24. — Pentru acordarea serviciilor medicale contractate cabinetele medicale vor încadra un asistent medical la 1.000 de asigurați înscriși în lista proprie a unui medic de familie. Asistentul medical poate fi încadrat și cu fracțiune de normă dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1.000 de asigurați.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

Art. 25. — Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Pentru asigurarea de servicii medicale 24 de ore din 24, inclusiv sâmbăta, duminica și sărbătorile legale, în afara programului de lucru se acordă servicii medicale de către medicii de familie în centrele de permanență înființate și organizate conform prevederilor legale în vigoare. În situația în care nu sunt îndeplinite condițiile de organizare a unui centru de permanență, continuitatea acordării asistenței medicale primare se

asigură de către medicii de familie care domiciliază în localitățile rurale respective, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 26. — (1) Programul de activitate săptămânal al fiecărui medic de familie, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și două ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu. Acolo unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza. În cazul în care numărul asiguraților înscriși pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit la nivel național, respectiv de 2.000, programul total de lucru se prelungește corespunzător, în funcție de numărul de asigurați înscriși pe listă, în condițiile prevăzute prin norme.

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

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

b) medicii de familie din mediul rural, care domiciliază în localitatea respectivă, în zonele în care nu există posibilitatea asocierii medicilor în vederea organizării unui centru de permanență, precum localități izolate, greu accesibile, cu un număr mic de locuitori și cu număr redus de medici, conform unui program stabilit de comun acord de medicul respectiv cu direcția de sănătate publică județeană;

c) serviciile medicale specializate publice de urgență și transport sanitar sau unitățile specializate pentru transport medical, solicitate direct ori prin intermediul autorităților administrației publice locale în zonele rurale, dacă nu este organizat centru de permanență sau dacă nu există medic de familie care domiciliază în localitatea respectivă, în condițiile prevăzute la lit. b).

(3) Pentru accesul pacienților la asistența medicală în afara programului de lucru, medicul de familie are obligația să afișeze la cabinetul medical numărul de telefon și adresa centrului de permanență la care se poate apela, precum și programul fiecăruia dintre medicii asociați, iar în situația în care nu este organizat centru de permanență, pentru urgențe medicale se afișează numărul de telefon la care poate fi apelat serviciul medical specializat public de urgență și transport sanitar sau unitatea specializată pentru transport medical.

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

Art. 27. — Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 3

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

Art. 28. — Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții 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 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listelor cu asigurații înscriși, de un venit care este format din:

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

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

Art. 29. — Medicul de familie nou-venit într-o localitate, într-un cabinet medical deja existent în care și-a desfășurat activitatea un medic de familie al cărui contract de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate a încetat ca urmare a decesului sau a retragerii definitive din activitate a acestuia, poate încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în baza listei de asigurați a medicului care a funcționat anterior în cabinetul respectiv, în condițiile stabilite în norme.

Art. 30. — În localitățile deficitare din punct de vedere al existenței medicului de familie, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu medicii de medicină generală pentru o perioadă determinată.

PARAGRAFUL 4

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 31. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

a) să asigure în cadrul serviciilor furnizate potrivit pachetului de servicii de bază toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curricula de pregătire în specialitatea medicină de familie și în concordanță cu competențele obținute. De asemenea, au obligația de a interpreta investigațiile necesare în stabilirea diagnosticului;

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

c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie o dată 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, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris, imediat după nașterea copilului;

d) să înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a

acestora ori la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară;

e) să nu refuze înscrierea pe lista de asigurați a copiilor, la solicitarea părinților, aparținătorilor legali sau la anunțarea de către casa de asigurări de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale ori de primărie, precum și la solicitarea reprezentanților din sistemul de asistență medicală comunitară sau a direcțiilor de protecție a copilului pentru copiii aflați în dificultate din centrele de plasament sau din familii substitutive;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă;

g) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat;

h) să participe la activitatea de asigurare a asistenței medicale continue, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

i) să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie refuză transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală.

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

a) să comunice medicilor de familie, în vederea actualizării listelor proprii, persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de a fi înscrise pe lista medicilor de familie respectivi;

b) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) să țină evidența distinctă a asiguraților de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; pentru asigurații care se află în evidența Casei Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscriși pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de

sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de către Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic. Pentru asigurații care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrși pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea calității de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic;

d) să informeze asigurații despre obligativitatea efectuării controlului medical anual prin toate mijloacele de care dispun.

PARAGRAFUL 5

Decontarea serviciilor medicale

Art. 33. — 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.

Art. 34. — Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

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

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

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

b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea unui punct.

Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct și nivelul valorii minime garantate pentru un punct se stabilesc prin norme.

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

Art. 35. — Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct *per capita*, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, iar regularizarea trimestrială la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Furnizorii vor depune lunar în primele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face plata documentele necesare decontării serviciilor, potrivit normelor.

Art. 36. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 6

Sanțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 37. — (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul și obligația de a efectua un control medical anual pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, control care se va efectua în luna de naștere a fiecărui asigurat înscris pe lista medicului de familie. Pentru cadrele didactice controlul medical anual se efectuează la începutul anului școlar. Excepție fac situațiile în care asiguratul nu se prezintă la control din motive obiective, pe care trebuie să le justifice în scris medicului de familie, situație în care asiguratul va fi reprogramat. Casele de asigurări de sănătate au obligația să informeze public asigurații despre obligativitatea efectuării acestui control. Neefectuarea acestor controale medicale din cauza medicului de familie, în proporție de peste 20% din totalul programărilor și/sau reprogramărilor pe trimestru, atrage diminuarea cu 10% a veniturilor medicului de familie pentru trimestrul respectiv, în condițiile stabilite prin norme.

(2) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului *per capita* în luna respectivă medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

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

(3) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate, împreună cu reprezentanții ai consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România, respectiv al municipiului București, constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului *per capita* în luna respectivă medicilor de familie la care se înregistrează această situație, conform prevederilor alin. (2) lit. a), b) și c) pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(4) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1)—(3), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumei alocate asistenței medicale primare.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (2) și (3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 38. — Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării situațiilor prevăzute la art. 18, precum și în următoarele situații:

a) în cazul în care numărul asiguraților înscriși la un medic de familie scade sub numărul minim stabilit conform art. 21 alin. (3);

b) o dată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului *per capita* pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice.

Art. 39. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

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

SECȚIUNEA a 7-a

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și de asistență medicală stomatologică — condiții specifice

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 40. — Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

c) ambulatorii de specialitate din structura spitalelor autorizate și acreditate, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;

d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) centre de diagnostic și tratament și centre medicale — unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

f) centre de referință de diagnostic imagistic, autorizate și acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, pentru servicii medicale de înaltă performanță.

Art. 41. — (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru specialitățile clinice în baza specialităților confirmate prin ordin al ministrului sănătății. Cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competența de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială și care sunt certificați de Ministerul Sănătății și lucrează exclusiv în aceste activități încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor de mai sus. Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de medicină dentară, în condițiile stabilite prin norme.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate, pe fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori structurilor similare organizate conform Legii nr. 100/1998, cu modificările și completările ulterioare, din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, cu consultarea reprezentanților consiliilor județene ale Colegiului Medicilor din România și ai Colegiului Medicilor Dentiști din România, respectiv al municipiului București, până la aprobarea normativelor elaborate de Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România și Colegiului Medicilor Dentiști din România.

(3) Serviciile publice conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

(4) Furnizorii de servicii medicale pentru specialitățile paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de

sănătate în baza specialității obținute și confirmate prin ordin al ministrului sănătății pentru medicii de specialitate pe care îi reprezintă.

Art. 42. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 40 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 14; în cazul furnizorilor de servicii medicale paraclinice, contractul se încheie și pe baza documentelor necesare pentru încadrarea laboratoarelor medicale în criteriile de selecție prevăzute în normele de aplicare a contractului-cadru.

(2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale clinice și de medicină dentară încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. 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, filiale sau puncte de lucru furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

(3) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate 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.

(4) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară ambulatorie de specialitate, organizată conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea, pentru specialitățile clinice, de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 45 alin. (2).

Art. 43. — Medicii de specialitate din ambulatoriile de specialitate acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice și tratamente profilactice și curative.

Art. 44. — Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, poate angaja medici, medici dentiști, personal mediu sanitar și alte categorii de personal, în condițiile prevăzute de aceeași ordonanță, achitând lunar toate obligațiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situația în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului de specialitate, încadrarea personalului mediu sanitar pe bază de contract individual de muncă este obligatorie.

PARAGRAFUL 2

Programul de lucru

Art. 45. — (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice își stabilesc programul de activitate astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestora pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate.

(2) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate să acorde servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână. În situația în care programul majorat nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, medicul va întocmi liste de așteptare pentru asigurați.

(3) În cabinetele de medicină dentară și în laboratoarele medicale medicii își vor stabili programul de activitate în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară și al serviciilor medicale paraclinice contractate.

(4) Serviciile medicale din specialitățile clinice și de medicină dentară se acordă conform programărilor, excepție făcând situațiile de urgență medico-chirurgicală.

(5) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care, pentru specialitățile clinice, să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână, după cum urmează:

a) într-un cabinet organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) în ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, în cazul în care casa de asigurări de sănătate nu are încheiat, pentru specialitatea respectivă în localitatea în care funcționează spitalul, nici un alt contract cu un furnizor de servicii medicale ambulatorii de specialitate, organizat conform legii. Fac excepție situațiile în care cererea de servicii medicale pentru anumite specialități nu este acoperită. În acest sens, comisia constituită conform art. 41 alin. (2) poate propune spre aprobare situațiile concrete privind specialitățile neacoperite Ministerului Sănătății, cu consultarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea respectării obligației de asigurare a valorii minime garantate pentru un punct.

(6) Acordarea serviciilor medicale în cazurile prevăzute la alin. (5) lit. a) și b) se face în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale ambulatorii de specialitate, iar nerespectarea acestei prevederi atrage măsuri mergând până la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Medicul de specialitate care are contract de muncă sau integrare clinică pentru activitate desfășurată exclusiv în cabinete medicale de specialitate fără personalitate

juridică, care se află în structura spitalelor, poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în afara programului de activitate din ambulatoriul de specialitate al spitalului, în condițiile prevăzute la alin. (2) sau la alin. (5).

PARAGRAFUL 3

Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 46. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate se stabilește prin norme;

b) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, despre diagnosticul și tratamentele recomandate; să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie la care este înscris asiguratul;

c) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile.

Art. 47. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale pentru care asiguratul nu are bilet de trimitere, cu excepția afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, a urgențelor și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, prevăzute în norme.

Art. 48. — În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate casele de asigurări de sănătate sunt obligate să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, atât prin afișare la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

PARAGRAFUL 4

Decontarea serviciilor medicale

Art. 49. — Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate este tariful pe serviciu medical sau plata pe bază de sumă fixă negociată.

Art. 50. — (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif 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, gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, 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 definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, stabilită în norme și valabilă pentru anul 2005;

b) plata prin tarif exprimat în lei pentru serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice și de medicină dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Tarifele serviciilor medicale și condițiile în care acestea se acordă sunt prevăzute în norme;

c) plata pe bază de sumă fixă negociată pe pachet de servicii medicale. Suma fixă negociată se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale estimat ca necesar pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul. Condițiile acordării și decontării acestor servicii sunt prevăzute în norme.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți, medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, pentru asigurații care nu sunt înscrși în lista unui medic de familie, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie, medicii din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscrși pe lista unui medic de familie, medicii din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie, medicii din unitățile de asistență medico-socială, precum și pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale, în situația în care este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internarea în spital sau atunci când este necesar un astfel de tratament după externare, cu excepția urgențelor și afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, situație în care medicii de specialitate vor solicita persoanelor

respective actele doveditoare care atestă calitatea de asigurat.

(3) Persoanele care se prezintă la medicul de specialitate fără bilet de trimitere, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, a afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate și a serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, plătesc contravaloarea serviciilor medicale la tarifele stabilite de fiecare furnizor, afișate la loc vizibil.

(4) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate către un alt medic din ambulatoriul de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai pentru situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv.

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 furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate și casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată, iar regularizarea trimestrială, la valoarea definitivă, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate care au încheiat contracte cu centrele de referință vor vira acestora, în primele 5 zile ale lunii curente, 30% din valoarea lunară a contractului, urmând ca diferența să se vireze în primele 10 zile ale lunii următoare, pe bază de factură, cu condiția asigurării continuității furnizării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale, precum și a asigurării calității serviciilor furnizate și satisfacerii tuturor solicitărilor de servicii medicale, în condițiile prevăzute prin norme. Facturile emise de centrele de referință de diagnostic imagistic vor fi însoțite de listele cuprinzând persoanele asigurate beneficiare ale serviciilor medicale efectiv prestate, de numărul de servicii medicale, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 52. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 5

Sanțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractului

Art. 53. — (1) În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată nerespectarea programului de lucru stabilit, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă pentru medicii din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile

clinice la care se înregistrează aceste situații sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară ori paraclinice aferente lunii respective, după cum urmează:

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

În cazul în care persoanele împuternicite de casele de asigurări de sănătate constată abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuția personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice nejustificate, se va diminua valoarea minimă garantată a punctului în luna respectivă pentru medicii la care se înregistrează această situație sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii respective, conform prevederilor lit. a), b) și c), pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

(2) Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări, în condițiile alin. (1), la nivelul caselor de asigurări de sănătate, se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

(3) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

Art. 54. — Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă de casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primei constatări după aplicarea de 3 ori a măsurii de diminuare a valorii definitive a punctului sau a contravalorii serviciilor de medicină dentară/paraclinice pentru nerespectarea programului de lucru stabilit, abuzuri ori prescrieri nejustificate de medicamente și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, precum și în situațiile prevăzute la art. 18.

Art. 55. — Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau, după caz, al Colegiului Medicilor Dentiști din România.

SECȚIUNEA a 8-a

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

A. SPITALE

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 56. — (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate/acreditate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile care au încadrare cu personal medical de specialitate și dotare tehnică necesară.

(3) Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

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

(4) Asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii:

a) urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;

b) diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu;

c) tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil sau necesită izolare;

d) alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

(5) Pentru monitorizarea respectării criteriilor de internare, la încheierea contractului spitalul va prezenta o listă de servicii medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și impun internarea.

Art. 57. — 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 Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, avându-se în vedere la contractare și decontare întreaga activitate desfășurată pentru asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

Art. 58. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratamente medicale și chirurgicale;
- e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.

(2) În unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc pentru asigurații care nu necesită internare, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme.

Art. 59. — Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii sau a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, aflate în relații contractuale cu

casele de asigurări de sănătate. Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale.

Art. 60. — (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;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe baza indicatorilor specifici stabiliți prin norme pentru spitalele/secțiile pentru care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

c) suma aferentă programelor naționale de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale de sănătate, care face obiectul unui contract distinct;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal, cheltuielile de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice;

f) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: structuri de primire urgențe — unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă —, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, stabilite în raport cu cheltuielile de personal și cheltuielile de întreținere și funcționare, inclusiv medicamente și materiale sanitare pentru trusa de urgență, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

g) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există, dar nu se află în relații contractuale cu casele de

asigurări de sănătate sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice, sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

h) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiari, precum și sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru personalul din activitatea de cercetare care a încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului, stagiaturii și activității de cercetare medicală în sectorul sanitar, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 41/2002, cu modificările ulterioare, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme;

j) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000 pentru reorganizarea instituțiilor, secțiilor de spital și a celorlalte unități de protecție specială a copilului în cadrul serviciilor publice specializate din subordinea consiliilor județene sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București, cu completările ulterioare, încadrate la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească;

k) sume pentru reabilitarea și modernizarea aparatelor radiologice tip ELTEX 400 și a instalațiilor de sterilizare tip ISM, după caz, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

(3) În vederea contractării sumelor prevăzute la alin. (2) lit. d), f), h) și j) furnizorii vor prezenta statele de funcții aferente structurilor menționate.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile și drepturile spitalelor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 61. — (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi sunt obligate:

a) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, prin scrisoare medicală transmisă direct, despre diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate și alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului;

b) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale;

c) să întocmească liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale;

d) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme;

e) să țină evidența distinctă a pacienților internați în urma unor accidente rutiere și vătămări corporale prin agresiune, precum și a pacienților cetățeni străini internați, proveniți din țări cu care România a încheiat acorduri bilaterale pentru asistență medicală;

f) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform Clasificării internaționale a maladiilor — varianta 10, pe baza reglementărilor în vigoare.

(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.

Art. 62. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate și validate de casele de asigurări de sănătate, potrivit contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 63. — În relațiile contractuale cu unitățile sanitare cu paturi casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

b) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale

Art. 64. — (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;

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);

c) tarif pe serviciu medical.

(2) Spitalele beneficiază, de asemenea, și de:

a) sume aferente programelor naționale de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

b) sume pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, decontate din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

d) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în: structuri de primire urgențe — unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă —, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență, decontate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, pentru situațiile în care în zona respectivă nu sunt organizate laboratoare pentru investigații paraclinice sau acestea există, dar nu se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sau cele existente și aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot asigura în întregime necesarul de investigații paraclinice, sume finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme;

f) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiați și pentru personalul din activitatea de cercetare, încadrați cu contract de muncă în spital;

g) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, cu completările ulterioare, încadrat la spitalul județean sau la spitalul public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate;

h) sume pentru reabilitarea și modernizarea aparatelor radiologice tip ELTEX 400 și a instalațiilor de sterilizare tip ISM, după caz.

(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. b)—h) se alocă prin încheierea de acte adiționale la contractele de

furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 65. — Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele alocate, 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 tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate și, după caz, raportate și validate de Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate București;

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 și în condițiile stabilite prin norme;

c) suma aferentă programelor naționale de sănătate pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin programe pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) sumele pentru serviciile medicale efectuate în dispensare TBC și laboratoare de sănătate mintală — staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, efectuate în regim ambulatoriu, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate în structuri de primire urgențe — unitate de primire urgențe, compartiment de primire urgențe, modul de urgență, camera de gardă —, cabinet stomatologic pentru serviciile de urgență se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectiv realizate, efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești stabilite pe baza statului de funcțiuni aprobat și a cheltuielilor de întreținere și funcționare contractate, în condițiile stabilite prin norme;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului de specialitate pentru specialități paraclinice;

h) sume pentru plata cheltuielilor de personal pentru medicii, farmaciștii și stomatologii rezidenți din anii 3—7, pentru medicii, medicii dentiști și farmaciștii stagiați și pentru personalul din activitatea de cercetare, care au încheiat contracte individuale de muncă cu spitalele, acordate în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 58/2001, aprobată cu modificări și completări prin

Legea nr. 41/2002, cu modificările ulterioare, se decontează la nivelul cheltuielilor de personal efectuate în limita sumelor prevăzute în actul adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești;

i) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme;

j) sume pentru plata cheltuielilor de personal aferente medicilor și celuilalt personal sanitar, care furnizează servicii medico-sanitare în unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare pentru copii distrofici, de recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit prevederilor art. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 261/2000, cu completările ulterioare, încadrat la spitalul județean sau la alt spital public cel mai apropiat, în cazul unităților sanitare transferate integral la serviciile publice specializate;

k) sume pentru reabilitarea și modernizarea aparatelor radiologice tip ELTEX 400 și a instalațiilor de sterilizare tip ISM, după caz.

Art. 66. — Spitalele vor acoperi din sumele obținute conform art. 65, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale specifice, acoperite prin programele naționale de sănătate, 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, cu excepția investigațiilor paraclinice efectuate în centrele de referință;

b) dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic, nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate, în condițiile stabilite prin norme;

c) transport interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice;

d) servicii hoteliere (cazare și masă) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile stabilite prin norme.

Art. 67. — (1) Casele de asigurări de sănătate nu decontează contravaloarea:

a) serviciilor hoteliere cu grad înalt de confort; definirea gradului standard de confort se stabilește prin norme;

b) serviciilor medicale efectuate la cerere;

c) unor servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele stabilite în norme;

d) corecțiilor estetice pentru persoane în vârstă de peste 18 ani;

e) fertilizării in vitro, inclusiv medicației pentru aceasta;

f) transplantului de organe și țesuturi, cu excepția cazurilor prevăzute în norme.

(2) Tarifele serviciilor prevăzute la alin. (1) se stabilesc de unitățile sanitare care acordă aceste servicii în condițiile legii.

Art. 68. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

PARAGRAFUL 4

Condiții de reziliere, încetare și modificare a contractelor

Art. 69. — (1) Condițiile de reziliere și încetare a contractelor sunt cele prevăzute la art. 18, respectiv la art. 19.

(2) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul anulării de plin drept a unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) o secție sau unele secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare;

b) retragerea, la nivelul secției/secțiilor, a autorizației sanitare de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia.

B. UNITĂȚI MEDICO-SOCIALE

PARAGRAFUL 1

Obligațiile unităților medico-sociale și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 70. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile medico-sociale sunt obligate:

a) să interneze cazurile medico-sociale, la recomandarea medicilor specialiști sau de familie, numai pe baza documentelor care certifică starea medicală care impune internarea, precum și planul de îngrijire și tratament care trebuie aplicat bolnavului;

b) să întocmească, în primele zile de la internare, ancheta socială pe baza căreia se decide atitudinea după rezolvarea medicală a cazului;

c) să acorde tratamentul și îngrijirile recomandate de către medicul care a trimis cazul, să monitorizeze evoluția acestuia;

d) să solicite consult de specialitate medicului care a trimis cazul, atunci când evoluția nu este favorabilă. În urma acestui consult se decide menținerea pacientului în unitatea medico-socială și eventualele modificări ale atitudinii terapeutice sau trimiterea într-o altă unitate medicală;

e) să respecte destinația sumelor contractate;

f) să respecte criteriile de acordare a serviciilor în unitățile medico-sociale;

g) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliți prin norme.

Art. 71. — În relațiile contractuale cu unitățile medico-sociale casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea cheltuielilor de personal aferente medicilor și asistenților medicali și a

medicamentelor și materialelor sanitare, în baza facturii și a documentelor justificative, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare;

b) să țină evidența internărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care aceștia sunt în evidență.

PARAGRAFUL 2

Decontarea pentru unitățile medico-sociale

Art. 72. — Pentru unitățile de asistență medico-socială sumele decontate de casele de asigurări de sănătate se alocă și se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute prin norme.

SECȚIUNEA a 9-a

Servicii medicale de urgență și transport sanitar

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 73. — (1) Asistența medicală de urgență și transportul sanitar se acordă și se efectuează de către:

a) serviciile medicale specializate publice, autorizate și acreditate, și constau în servicii medicale de urgență efectuate la locul accidentului sau al îmbolnăvirii și transportul până la unitatea sanitară, precum și unele servicii de transport sanitar;

b) unitățile specializate autorizate și acreditate în efectuarea unor servicii de transport sanitar.

(2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se stabilesc prin norme.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor și ale caselor de asigurări de sănătate

Art. 74. — În relațiile contractuale cu casa de asigurări de sănătate serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate, autorizate și acreditate, care acordă servicii medicale de urgență și de transport sanitar sunt obligate, după caz:

a) să acorde îngrijiri medicale de urgență, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului și până la rezolvarea stării de urgență, în limita competențelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

b) să asigure prezența personalului medico-sanitar din unitățile specializate în orice situație care necesită acordarea serviciilor medicale de urgență majoră;

c) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul despre investigațiile și tratamentele efectuate;

d) să elibereze adeverințe medicale de urgență, certificate constatatoare de deces, prescripții medicale, după caz, conform normelor;

e) să asigure servicii medicale de urgență, utilizând mijlocul de transport adecvat și echipamentul corespunzător situației respective;

f) să introducă monitorizarea apelurilor astfel încât să fie respectată și urmărită promptitudinea la solicitare, stabilită conform normelor;

g) să ajungă la caz în timpul stabilit, conform normelor în vigoare emise de Ministerul Sănătății.

Art. 75. — În relațiile contractuale cu serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze serviciilor medicale specializate publice/unităților specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor însoțitoare, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate vor efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de urgență

Art. 76. — (1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale de urgență sunt:

a) tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediul rural, milă parcursă sau oră de zbor pentru serviciile de transport medical;

b) tarif pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență, pe tipuri de solicitare.

(2) Pentru alte tipuri de transport sanitar se utilizează tarif pe kilometru echivalent parcurs în mediul urban, tarif pe kilometru efectiv realizat în mediu rural, milă parcursă sau oră de zbor, după caz.

Art. 77. — Sumele aferente serviciilor contractate cu serviciile medicale specializate publice/unitățile specializate au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Art. 78. — Modalitățile de decontare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar se stabilesc prin norme.

Art. 79. — Raportarea eronată a unor servicii medicale de urgență și transport sanitar se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

SECȚIUNEA a 10-a

Îngrijiri medicale la domiciliu

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 80. — (1) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu,

persoane fizice sau juridice, autorizate și acreditate în condițiile legii, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc în norme.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 81. — Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați:

a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare — furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;

c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;

d) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, și să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 82. — Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu este tariful pe serviciu medical. Tarifele aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și condițiile acordării acestora se stabilesc prin norme.

Art. 83. — Raportarea eronată a unor servicii se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

SECȚIUNEA a 11-a

Asistența medicală de recuperare

PARAGRAFUL 1

Condiții de eligibilitate

Art. 84. — Asistența medicală de recuperare se asigură în unități medicale de specialitate autorizate și acreditate conform legii, respectiv în spitale de recuperare, secții/compartimente de recuperare din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate

juridică, unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare, societăți de turism balnear și de recuperare constituite conform Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, și 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, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și în alte cabinete medicale de specialitate organizate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

PARAGRAFUL 2

Obligațiile furnizorilor de servicii medicale de recuperare

Art. 85. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii medicale de recuperare au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale asiguraților, numai pe bază de bilet de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală trimisă direct, despre tratamentul efectuat și despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia.

PARAGRAFUL 3

Decontarea serviciilor medicale de recuperare

Art. 86. — Modalitățile de plată în asistența medicală de recuperare sunt:

a) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în spitalele de recuperare și în secțiile/compartimentele de recuperare din spitale; contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

b) tarif pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuți în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii, inclusiv în sanatoriile balneare, și în preventorii. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. În cadrul sumelor negociate și contractate 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 vor efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate pe baza facturii și a documentelor însoțitoare.

În cazul sanatoriilor balneare sumele negociate și contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuție suportată de asigurați și

care reprezintă 25—30% din indicatorul specific, în funcție de tipul de asistență medicală balneară și de durata tratamentului, în condițiile stabilite în norme;

c) tarif pe serviciu medical în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale acordate în unități ambulatorii de recuperare din structura unor unități sanitare sau în unități ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinete medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și în cabinete medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate prin tarife diminuate potrivit condițiilor stabilite prin norme. Nivelul coplății pentru unele servicii medicale de recuperare efectuate în ambulatoriul de specialitate se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, și este prevăzut în norme.

Art. 87. — (1) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

(2) Recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se întocmesc în două exemplare, astfel încât un exemplar să fie prezentat de către asigurat furnizorului de servicii de recuperare.

Art. 88. — Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor; la regularizare se au în vedere și serviciile omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.

CAPITOLUL III

Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 89. — (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății, acreditate conform reglementărilor legale în

vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) 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*, se elaborează anual de Ministerul Sănătății și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

(3) Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se modifică/se completează trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Art. 90. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților comerciale farmaceutice pentru farmaciile acestora, autorizate și acreditate, 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) actele de constituire a societății/actul de înființare;
- b) codul fiscal;
- c) autorizația de funcționare;
- d) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- e) dovada de acreditare a farmaciei;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) În contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală se va specifica valoarea acestuia, defalcată pe trimestre. Valoarea contractului se va negocia între farmaciile acreditate și casele de asigurări de sănătate, în baza criteriilor stabilite prin norme.

(3) Clauzele contractului pot fi modificate prin acte adiționale, iar valoarea contractului poate fi corectată dacă fondul cu această destinație suferă modificări în cursul anului sau dacă se înregistrează economii la unele farmacii, în condițiile prevăzute în norme, cu încadrarea în sumele alocate cu această destinație.

(4) Contractele pot fi încheiate de reprezentantul legal al societății comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau Casa Asigurarilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurarilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului. În situația în care în cadrul aceleiași societăți comerciale farmaceutice funcționează mai multe farmacii acreditate, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului

București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective, și/sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.

(5) Reprezentanții legali 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 încheie contracte cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile farmaciilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 91. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile acreditate au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele prevăzute în listă;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor;

c) să practice o evidență de gestiune cantitativ valorică;

d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă pentru a fi eliberate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei;

e) să nu elibereze medicamente fără prescripție medicală, pentru cele la care reglementările legale în vigoare prevăd această obligație;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, prin programul implementat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau printr-un program compatibil cu cerințele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, avizat de aceasta;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor; factură, borderou centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condițiile stabilite prin norme;

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, în condițiile stabilite prin norme;

i) să angajeze numai personal farmaceutic care posedă drept de liberă practică, conform legii;

j) să informeze asigurații despre drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmaciștilor în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea furnizării medicamentelor în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale și să afișeze la loc vizibil programul farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente. Acest program se comunică direcțiilor de sănătate publică și caselor de asigurări de sănătate;

m) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care farmacia are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care se află în contract medicul care a eliberat prescripția medicală;

n) să elibereze medicamentul cu prețul cel mai mic din farmacie, dacă medicul indică în prescripția medicală numai denumirea substanței active;

o) să anuleze medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale;

p) să nu elibereze medicamentele din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

q) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care aceasta se află în relație contractuală.

Art. 92. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate farmaciile 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 însoțitoare;

b) să fie informate permanent și la timp, de către casele de asigurări de sănătate, asupra modalității de furnizare a medicamentelor cu și fără contribuție personală;

c) să cunoască condițiile de contractare a furnizării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontat de casele de asigurări de sănătate;

e) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei, excepție făcând situațiile de la art. 93 lit. c).

Art. 93. — În relațiile contractuale cu farmaciile acreditate 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 farmaciile autorizate și acreditate conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publică lista acestora pentru informarea asiguraților;

b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt obligate să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care acestea au contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale;

c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora, stabilite potrivit normelor; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate vor atenționa medicii care prescriu rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea decontării acestora, iar începând cu cea de-a treia abatere constatată casele de asigurări de sănătate vor încasa de la medicii care au eliberat prescripția medicală valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

d) să deconteze farmaciilor acreditate cu care au încheiat contracte, în limita valorii contractate și defalcate trimestrial, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală la termenele prevăzute în norme;

e) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun;

f) să controleze farmaciile privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

g) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

h) să acorde, în cadrul sumelor negociate și contractate, avansuri de până la 30% din valoarea anuală a contractului pentru farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriile de specialitate din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească;

i) să aducă la cunoștință furnizorilor de servicii medicale și asiguraților cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pentru o singură boală cronică pe o lună pentru un asigurat, conținând aceleași medicamente; în această situație asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar.

SECȚIUNEA a 3-a

Modalitățile de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Art. 94. — (1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament

corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din listă, este prețul de referință.

(2) Prețul de referință se obține prin aplicarea cotei procentuale de 90%, 65%, respectiv 50%, la prețul cel mai mic coresponzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul aceleiași denumiri comune internaționale (DCI) și pentru fiecare concentrație. Pentru pensionarii care nu realizează alte venituri decât cele provenite din pensie/pensii cumulate în cuantum de până la 6.000.000 lei lunar, nivelul de compensare este de 90%. În înțelesul actelor normative care reglementează materia asigurărilor sociale de sănătate, prin *pensii cumulate* se înțelege veniturile nete obținute din pensie, cumulate cu alte venituri nete permanente realizate în condițiile legii.

Art. 95. — (1) Modalitățile de prescriere, eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Pentru fiecare boală cronică asiguratul are dreptul la o singură prescripție medicală pe lună, cu maximum 3 medicamente care să acopere necesarul întregii luni, cu excepția situațiilor prevăzute în norme. În situația în care există asigurați care au beneficiat de mai mult de o prescripție medicală pe o lună, la comunicarea casei de asigurări de sănătate medicii nu mai acordă o nouă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă, pentru perioada comunicată de casa de asigurări de sănătate. În situația în care unii medici eliberează prescripții medicale pentru perioada comunicată de casa de asigurări de sănătate, în care nu trebuia să se mai acorde prescripții medicale pentru asigurat, medicii respectivi suportă contravaloarea prescripțiilor medicale respective, care va fi încasată de casele de asigurări de sănătate și care va reîntregi Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic coresponzătoare fiecărei denumiri comune internaționale (DCI) cuprinse în listă, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică.

(3) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0—12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0—12 luni va fi suportată integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

SECȚIUNEA a 4-a

Sanțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 96. — 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 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

a) dacă farmacia acreditată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei acreditate aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) ridicarea de către organele în drept a autorizației de funcționare sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

d) retragerea de către organele în drept a acreditării farmaciei sau expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

e) dacă farmacia acreditată înlocuiește medicamentele neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) nerespectarea obligațiilor contractuale, constatată cu ocazia controlului efectuat de organele abilitate.

Art. 97. — Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele:

a) farmacia se mută din teritoriul de funcționare;

b) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare;

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

d) acordul de voință al părților;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al 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.

CAPITOLUL IV

Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

Art. 98. — Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale avizați de Ministerul Sănătății și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Art. 99. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, acreditat, prin reprezentantul său legal, și casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înființare conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv codul fiscal și autorizația sanitară de funcționare;

b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;

c) dovada de acreditare;

d) autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății;

e) avizul de funcționare emis de Ministerul Sănătății;

f) dovada de răspundere civilă în domeniul medical.

SECȚIUNEA a 2-a

Drepturile și obligațiile furnizorilor, precum și obligațiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 100. — În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de dispozitive medicale acreditați au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;

b) să asigure servicii pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare;

c) să livreze dispozitivele medicale și să desfășoare activități de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care dețin dovada de acreditare;

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 prescripției medicale să nu sufere modificări, în condițiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă a dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale, însoțite de autorizațiile de utilizare și/sau, după caz, de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emise de Ministerul Sănătății;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora;

h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

Art. 101. — 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 însoțitoare, inclusiv sumele de închiriere;

b) să fie informați permanent și din timp asupra modalității de furnizare a dispozitivelor medicale;

c) să cunoască condițiile de contractare privind furnizarea de dispozitive medicale suportate din Fondul

național unic de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să încaseze contribuție personală de la asigurați, reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință ale dispozitivelor medicale furnizate.

Art. 102. — 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 acreditați, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentei hotărâri și să se facă publică lista acestora pentru informarea asiguratului;

b) să informeze permanent furnizorii de dispozitive medicale asupra condițiilor de contractare;

c) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceștia;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării dispozitivului medical, în limita fondurilor cu această destinație;

e) să specifice pe versoul deciziei de procurare a dispozitivului medical lista furnizorilor acreditați de dispozitive medicale, care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relații contractuale, prețul de referință/suma de închiriere suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate a dispozitivului medical furnizat de aceștia;

f) să respecte dreptul asiguratului de a-și alege furnizorul de dispozitive medicale acreditat și să pună la dispoziție asiguraților, la cerere, lista tuturor prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivul aprobat prin decizie;

g) să asigure decontarea pe baza facturilor de decontare emise de furnizor și a documentelor însoțitoare;

h) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la termenele stabilite, datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de dispozitive medicale, în baza contractelor încheiate cu aceștia;

i) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale decontate pe fiecare asigurat;

j) să verifice dacă emitentul prescripției medicale se află în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin *emitent* se înțelege furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale.

SECȚIUNEA a 3-a

Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 103. — Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință sau, după caz, suma de închiriere. Prețul de referință și suma de închiriere se stabilesc potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Art. 104. — (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 chitanță fiscală.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor acreditați de dispozitive medicale sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul de vânzare cu amănuntul cel mai mic. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor acreditați de dispozitive medicale 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.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere pentru unele dispozitive medicale, potrivit dispozițiilor cuprinse în norme.

Art. 105. — 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 decizii privind aprobarea procurării dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de așteptare pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

Art. 106. — (1) Dispozitivele medicale se acordă la recomandarea medicilor de specialitate aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, pe baza prescripției medicale și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de către acesta sau de reprezentantul legal al asiguratului. 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. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidențe se află asiguratul.

(2) Modul de prescriere, procurare, închiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme.

(3) Termenele de înlocuire, condițiile de reparare a dispozitivelor medicale și modul de decontare a reparațiilor se stabilesc prin norme, în condiții de eficiență a utilizării fondului alocat cu această destinație.

(4) Medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale și își desfășoară activitatea în cadrul unei unități sanitare autorizate și acreditate, nu pot reprezenta interesele unui furnizor de dispozitive medicale acreditat.

SECȚIUNEA a 4-a

Sancțiuni, condiții de reziliere și încetare a contractelor

Art. 107. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de 10 zile calendaristice de la data constatării, în următoarele situații:

- a) ridicarea de către organele în drept a avizului de funcționare a furnizorului de dispozitive medicale sau expirarea termenului de valabilitate a acestora;
- b) retragerea acreditării sau expirarea termenului de valabilitate a acreditării;
- c) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- d) nerespectarea prevederilor legale privind condițiile de introducere pe piață și de utilizare a dispozitivelor medicale;
- e) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu deține autorizație de utilizare/certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emisă/emis de Ministerul Sănătății.

Art. 108. — Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

- a) schimbarea adresei sediului social;
- b) încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
- c) încetarea definitivă a activității caselor de asigurări de sănătate;
- d) acordul de voință al părților;
- e) decesul sau schimbarea reprezentantului legal;
- f) 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.

CAPITOLUL V

Dispoziții finale

Art. 109. — Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate sunt prevăzute în norme.

Art. 110. — Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu de specialitate, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de

furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești.

Art. 111. — 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 ia în calcul 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. 112. — 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 ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.

Art. 113. — Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu centrele de sănătate multifuncționale distinct pentru fiecare tip de asistență medicală conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistență medicală respective.

Art. 114. — Contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se încheie anual, iar decontarea serviciilor aferente lunii decembrie a anului în curs se face în luna ianuarie a anului următor, conform normelor de închidere a exercițiului bugetar.

Art. 115. — Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2004 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală, în contractul pe anul 2005. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare la data încheierii actului adițional.

Art. 116. — (1) Pentru asigurarea continuității tratamentului bolnavilor incluși în programele de sănătate, până la organizarea licitațiilor naționale pentru programele, respectiv subprogramele de sănătate, și încheierea contractelor de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice, Casa Națională de Asigurări de Sănătate este abilitată să utilizeze fondurile alocate cu această destinație în baza actelor adiționale la contractele derulate în anul 2004.

(2) Furnizarea cantităților de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice, corespunzătoare necesarului lunar, se face în condițiile menținerii ofertei de către furnizorii de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică și în cazul contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare prin care se derulează subprogramele

de sănătate pentru care nu se organizează licitație la nivel național.

Art. 117. — Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită, la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică, datele de identificare a persoanelor, înregistrate la acestea, pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform reglementărilor legale în vigoare.

Art. 118. — 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, și să respecte termenele de raportare;

b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;

c) să monitorizeze pe codul numeric personal (CNP) al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală.

Art. 119. — Prețurile și tarifele practicate în sistemul sanitar, atât cele de competența consiliului de administrație al unităților sanitare, cât și cele din sistemul de asigurări sociale de sănătate, sunt aceleași atât pentru cetățenii români, cât și pentru cetățenii străini.

★

RECTIFICĂRI

La Legea nr. 116/2004 privind aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 29/2004 pentru reglementarea unor măsuri financiare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 353 din 22 aprilie 2004, se face următoarea rectificare (care nu aparține Redacției „Monitorul Oficial”, Partea I):

— la articolul unic pct. 1, cu referire la art. I, pct. 4 va fi însoțit de un asterisc căruia îi va corespunde, în subsolul paginii, următorul text:

„*) Lit. a) și h) ale art. 2 alin. (1) au cuprinsul prevăzut la art. I din Ordonanța Guvernului nr. 29/2004 pentru reglementarea unor măsuri financiare.”

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

Regia Autonomă „Monitorul Oficial”, Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București,
IBAN: RO75RNCB510100000120001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)
Tel. 224.09.71/150, fax 225.00.43, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, tel./fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: Regia Autonomă „Monitorul Oficial”